

Univerzita Karlova v Praze



Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

# **Využití muzikoterapie u tělesně postižených**

The use of music therapy for physically disabled

Autor: Bc. Jan Janyška

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.

Praha 2012

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 18. 4. 2012

.....  
vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Barbaře Valešové Malecové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a za cenné rady, které mi během psaní této práce poskytla. Dále děkuji Matěji Lipskému za pomoc s výzkumnou částí. V neposlední řadě děkuji studentům Jedličkova ústavu v Praze, bez kterých by realizace výzkumné části neproběhla.

## **NÁZEV**

Využití muzikoterapie u tělesně postižených

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se snaží objasnit podstatu stále se rozvíjejícího oboru muzikoterapie, konkrétně muzikoterapie u osob se specifickými potřebami. V úvodu teoretické části je zmíněn psychologický význam tělesného postižení s užším zaměřením na dětskou mozkovou obrnu. Teoretická část dále objasňuje působení zvuku a hudby na lidský organismus a dává náhled do muzikoterapie. Praktická část se zaměřuje na návrh muzikoterapeutického programu následně vyzkoušeného v praxi s osobami s tělesným postižením.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Tělesné postižení, dětská mozková obrna, zvuk, hudba, muzikoterapie

**TITLE**

The use of music therapy for physically disabled

**SUMMARY**

The thesis is trying to clarify the base of constantly developing discipline called music therapy, specifically music therapy for people with specific needs. In the introduction the psychological value of physical disability is mentioned with a focus on a cerebral palsy. The theoretical chapter is dealing with an impact of sound on a human body considering the music therapy. Practical part is focused on designing a music therapy plan which was subsequently applied in practice with physically disabled people.

**KEY WORDS**

Physical disability, cerebral palsy, sound, music, music therapy

# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Tělesné Postižení .....</b>	<b>10</b>
2.1	CHARAKTERISTIKA POHYBOVÉHO POSTIŽENÍ .....	10
2.2	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY POSTIŽENÍ.....	11
2.3	DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA .....	14
2.3.1	<i>Formy DMO .....</i>	<i>15</i>
<b>3</b>	<b>Zvuk .....</b>	<b>19</b>
3.1	VLASTNOSTI ZVUKU .....	20
3.1.1	<i>Barva zvuku .....</i>	<i>20</i>
3.1.2	<i>Síla zvuku .....</i>	<i>21</i>
3.1.3	<i>Výška tónů .....</i>	<i>22</i>
3.1.4	<i>Délka tónů a tempo.....</i>	<i>22</i>
3.2	VLIV ZVUKU NA ČLOVĚKA.....	23
3.2.1	<i>Negativní následky hluku .....</i>	<i>24</i>
<b>4</b>	<b>Hudba.....</b>	<b>26</b>
4.1	HUDEBNÍ VÝVOJ .....	26
4.2	VLIV HUDBY NA ČLOVĚKA .....	27
4.2.1	<i>Pozitivní vliv.....</i>	<i>28</i>
4.2.2	<i>Negativní vliv .....</i>	<i>29</i>
4.2.3	<i>Vliv hudby na změnu chování.....</i>	<i>30</i>
4.2.4	<i>Hudba a emoce.....</i>	<i>31</i>
4.2.5	<i>Hudba v životě.....</i>	<i>32</i>
<b>5</b>	<b>Muzikoterapie .....</b>	<b>33</b>
5.1	HUDEBNÍ ZKUŠENOST.....	34
5.2	FORMY MUZIKOTERAPIE.....	35
5.2.1	<i>Individuální terapie .....</i>	<i>35</i>
5.2.2	<i>Skupinová terapie .....</i>	<i>36</i>
5.2.3	<i>Komunitní terapie.....</i>	<i>37</i>
5.3	DRUHY MUZIKOTERAPIE .....	38
5.3.1	<i>Alikvótní zpěv .....</i>	<i>39</i>
5.4	MUZIKOTERAPIE VE SPECIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH.....	40
5.5	VYUŽITÍ MUZIKOTERAPIE .....	41

5.6	CÍLOVÁ SKUPINA.....	43
5.7	MUZIKOTERAPEUTICKÉ CÍLE .....	43
5.8	MUZIKOTERAPIE U OSOB S POSTIŽENÍM .....	45
5.9	HUDEBNÍ NÁSTROJE V MUZIKOTERAPII .....	47
<b>6</b>	<b>Muzikoterapeutický program .....</b>	<b>49</b>
6.1	SLOŽENÍ SKUPINY .....	49
6.2	MÍSTNOST .....	51
6.3	CÍLE.....	52
6.4	PRVNÍ SETKÁNÍ .....	55
6.4.1	<i>Závěrečné hodnocení prvního setkání .....</i>	<i>57</i>
6.5	DRUHÉ SETKÁNÍ.....	59
6.5.1	<i>Závěrečné hodnocení druhého setkání .....</i>	<i>61</i>
6.6	TŘETÍ SETKÁNÍ.....	63
6.6.1	<i>Závěrečné hodnocení třetího setkání.....</i>	<i>65</i>
6.7	ČTVRTÉ SETKÁNÍ .....	66
6.7.1	<i>Závěrečné hodnocení čtvrtého setkání.....</i>	<i>68</i>
6.8	PÁTÉ SETKÁNÍ.....	69
6.8.1	<i>Závěrečné hodnocení pátého setkání.....</i>	<i>70</i>
6.9	ŠESTÉ SETKÁNÍ .....	72
6.9.1	<i>Závěrečné hodnocení šestého setkání.....</i>	<i>73</i>
<b>7</b>	<b>Zhodnocení muzikoterapeutického programu .....</b>	<b>75</b>
<b>8</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>78</b>
<b>9</b>	<b>Literatura.....</b>	<b>80</b>
9.1	ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	82
9.2	SAZBA A FORMA CITACE.....	82
<b>10</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>83</b>

# 1 Úvod

Zvuk a hudba jsou nedílnou součástí nás všech. Jsou tím nejlepším prostředkem pro navození relaxace a stavu uvolnění, zároveň nás dokážou povzbudit a podnítit k vyššímu výkonu. Někteří lidé hudbu neslyší, někteří nemají hudební sluch, někteří si bez ní nedokážou představit život. Všichni ji ale různými způsoby vnímají a je tak neodmyslitelnou součástí našeho každodenního života. Muzikoterapie, které se diplomová práce věnuje, využívá hudby, tónů, zvuků, zpěvu a nástrojů k dosažení velmi široké a pestré škály cílů. Používá se také u dětí a dospělých lidí s různými hendikepy, velký význam má i pro děti a mládež s tělesným a kombinovaným postižením.

Právě této skupině je určen muzikoterapeutický program uvedený v druhé části práce. Navrženému konceptu předchází přehledný souhrn teoretických východisek a širších informací týkajících se této problematiky. V úvodu považuji za důležité alespoň rámcově vymezit kategorii tělesného postižení, nastínit, které typy poruch do této kategorie spadají a podrobněji seznámit čtenáře s dětskou mozkovou obrnou. Tato diagnóza je jedním z nejčastějších vrozených tělesných a kombinovaných postižení a všichni klienti, se kterými jsem spolupracoval, toto postižení mají. Druhá kapitola se věnuje zvuku, fyzikálnímu jevu, který je základem hudby. Velmi zajímavé jsou zejména poznatky o pozitivním a negativním působení zvuku na lidský organismus. Tato problematika je rozvedena a rozšířena v následující kapitole Hudba, kde jsou mimo jiné uvedeny výsledky pozorování vlivu hudby na člověka.

Stěžejní částí práce je kapitola Muzikoterapie, která podrobně popisuje formy a druhy této terapie, možnosti jejího využití, cílové skupiny, pro které je určena a v neposlední řadě také hudební nástroje, se kterými terapeut nejčastěji pracuje. Muzikoterapie je pro pracovníky s lidmi s postižením velmi cenným nástrojem. Prostřednictvím hudebních her a činností lze totiž do jisté míry zmírnit či redukovat různé problémy a často ani nezáleží na tom, zda se klienti účastní profesionální terapie. Důležité jsou schopnosti konkrétního pracovníka a jeho talent pro vystihnoutí správných momentů a využití těch nejvhodnějších technik. V tomto názoru se zcela shodují se Šimanovským (2007), který tvrdí, že záleží tedy na tom, co, kdo a jak dělá a zda je to



klientům k užitku. Hranice speciální pedagogiky a terapie jsou v takovou chvíli neostré a vzájemně se překrývají. Muzikoterapeutické hry jsou často inspirací pro pedagogy, mnohé z nich přitom vycházejí právě z jejich oboru, z učitelství a vychovatelství. Cílem této části práce bylo zejména přehledně shrnout problematiku tohoto mladého a dynamického oboru tak, aby obsahovala co nejaktuálnější a nejpresnější informace.

Cílem druhé části práce je sestavení vhodného muzikoterapeutického programu pro zvolenou cílovou skupinu a jeho ověření v praxi. Koncept je připraven pro skupinu mladých lidí s tělesným a kombinovaným postižením, ve věku okolo osmnácti let. Skládá se ze šesti sezení zaměřených na různé problematické oblasti, se kterými se u této cílové skupiny setkáváme. Obsah tohoto metodického průvodce koresponduje s potřebami studentů, kteří se tohoto cyklu zúčastnili. Záměrem je také zjistit, zda je díky programu dosahováno očekávaných výstupů.

## 2 Tělesné postižení

V mnoha lidech pojem tělesné postižení vzbuzuje něco, co je na první pohled zjevné, viditelné. Ve většině případů tomu tak opravdu je, což může vést k poměrně velkým obtížím v sociální oblasti, které mohou vyústit i v dlouhodobý stres a psychickou deprivaci.

### 2.1 Charakteristika pohybového postižení

Tělesné postižení je definováno mnoha autory, například Pipeková (2006) se zmiňuje o tom, že v odborné literatuře se za tělesné postižení považují přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti, které se podstatným působením projevují v oblasti emocionálních, kognitivních a sociálních výkonech. Postižení dělí podle postižené části těla do skupin – centrální obrny, periferní obrny, deformace, malformace a amputace.

V zákoně 561/2004 Sb. je tělesné postižení zařazeno (vedle mentálního, zrakového nebo sluchového postižení, vad řeči, souběžného postižení více vadami, autismu a vývojových poruch učení nebo chování) jako jedna z forem zdravotního postižení. (Fischer, Škoda, 2008)

Autoři také často pojednávají o příčinách tělesného postižení. Vítková (2006) považuje za příčinu tělesné postižení poškození podpůrného, neboli nosného nebo pohybové aparátu, či jiné organické poškození, přičemž omezení výkonu je způsobeno různým poškozením. Je to tedy postižení kostí, kloubů, šlach, svalů, cévního zásobení, ale také nervového systému, které se projevuje narušenou hybností. Není přitom rozhodující, zda poškození vznikají vlivem dědičnosti, nemoci nebo úrazem.

Vágnerová (2008) také řeší příčiny tělesného postižení. Jako první skupinu uvádí pohybová postižení, vzniklá jako důsledek poškození v oblasti mozku a míchy. Může vzniknout v důsledku geneticky podmíněné odchylky vývoje, prenatalního či perinatálního poškození, např. dětská mozková obrna (dále DMO) a rozštěp páteře, nebo jako následek různých chorob a úrazů. Druhou skupinou jsou podle této autorky

postižení vzniklá jako důsledek poruchy kostí a kloubů. Většinou se jedná o poruchu růstu kostí nebo poškození struktury kostní tkáně. Tento typ příčiny může být buďto vrozeného nebo získaného charakteru. Do této kategorie náleží také chybění končetiny nebo její části. Třetí skupinu tvoří postižení vzniklá jako důsledek poruchy svalstva. Projevují se nesprávnou funkcí svalové tkáně nebo dokonce jejím úbytkem.

## **2.2 Psychologické aspekty postižení**

Pohybové postižení je často spojeno s estetickým handicapem, a s tělesnou deformací, což má významný vliv na psychiku postiženého. Důležitý je rozsah poškození funkčnosti horních i dolních končetin, který ve velké míře určuje schopnost samostatnosti a soběstačnosti. Dolní končetiny totiž nejsou důležité jen pro samotnou lokomoci, ale i pro odpoutání závislosti na jiných lidech a k získávání mnoha poznatků. Funkčnost horních končetin je pak důležitá pro vlastní sebeobsluhu. Pro sociální kontakt a rozvoj jedince je také důležitá správná hybnost mluvidel a mimická pohyblivost. (Vágnerová, 2008)

O této problematice pojednává také Matějček (2005), který píše, že každá vada či odchylka v tělesném vývoji, která vzdaluje člověka normálního styku s okolím, je víceméně překážkou v cestě jeho duševnímu vývoji. To ale neznamená, že by se na podkladě tělesných vad vždy a nutně musely vyvinout i vady psychické. Autor ale zdůrazňuje, že zvýšené nebezpečí tu je a je dobře o něm vědět, aby se mu mohlo předcházet.

Matějček (2005) také řeší rozdíl v tom, zda se jedná o vadu vrozenou nebo získanou v raném dětství, která vytváří psychologicky jinou situaci, než vada získaná v dospělém věku. Na cestu dospělého se totiž naválí překážky často naráz, bez přípravy. Ochrnutí nohy mu ztěžuje pohyb stejně jako těžká porucha srdeční, vady smyslové mu ztěžují kontakt s okolím stejně jako zohyzdění obličeje. Životní stavba zájmů, návyků, se náhle rozruší. S vadou vrozenou se však dítě seznamuje postupně, jak vyspívá. Učí se také postupně ji překonávat, vyrovnávat se s ní a žít s ní.

Matějček ale poukazuje také na zjištění, že tělesně vadní lidé se svými obtížemi zabývají daleko víc, než se běžným pozorovatelům zdá, a že výskyt a stupeň citových nepřízpůsobeností je mezi nimi větší než obvykle v populaci. Okolí klade na fyzicky postiženého jedince mimořádné nároky. Reakce se však individuálně velmi liší, jinak se s nimi bude vyrovnávat flegmatik a jinak např. sangvinik, který je prudký a výbušný a vždy spíše ochoten zmocí překážku jedním náporem než systematickou vytrvalou prací.

V současné době je jedním z nejdůležitějších činitelů postoj okolí k člověku. Tento postoj stojí na vzdělávání a výchově široké veřejnosti k tomu, aby osoby se zdravotním postižením přijímala a chápala jejich potřeby. Zde je nutno zdůraznit dosavadní dluh společnosti ve výchově mladé generace. Na druhé straně je ale důležité, aby postižení dokázali se svým okolím komunikovat a i náhodnému kolemjdoucímu vysvětlit, v čem by měla jeho pomoc spočívat (Votava, 2005).

Votava (2005) se v této souvislosti dále zmiňuje o veřejných sdělovacích prostředcích, které se však, podle něj, ve své snaze občas nevyhnou přílišnému sentimentu, který může být některým postiženým nepříjemný. Podobný pocit mohou postižení zažít, když se najde člověk, který se rozhodne, že jim chce za každou cenu pomoci.

Tuto problematiku dále rozvíjí Eva Pavlatová ve své publikaci *Život napodruhé* (Pavlatová, 1996). Pavlatová v tomto díle zpovídá známé i neznámé osobnosti, do jejichž života nemile zasáhl osud a oni se musejí vyrovnávat se zdravotním postižením. Poukazuje na to, jak pohybové postižení nepříznivě ovlivňuje mnoho oblastí. Jedná se o omezení množství i kvality různých podnětů, o redukci zkušeností, zejména sociálního charakteru. Pohybově postižený člověk má obvykle menší zkušenost s různými sociálními situacemi, a tudíž může mít problémy s tím, jak se v těchto situacích chovat. Někdy se také stává, že ví, jak by měl jednat, ale kvůli svému handicapu toho není schopen. Riziko sociální izolace roste v případě, že pohybově postižený člověk má v interakci s ostatními lidmi potíže, zažil něco nepříjemného a začíná se jim vyhýbat. U lidí s vrozeným postižením se může objevit infantilismus daný omezením zkušeností. Jedinci s pozdě vzniklým postižením uvádí, že se nejen omezila jejich nezávislost, ale změnily se i některé jejich vlastnosti, např. se posílila vztahovačnost a pocity

bezmocnosti. Vlastnosti se ale mohou změnit i pozitivně, může se stát citlivějším a vnímavějším, získá nadhled, a proto se může cítit i celkově tolerantnější (Pavlatová, 1996).

Sociální význam tělesného postižení je širokým tématem. Vágnerová (2008) uvádí, že je obvykle negativní. Vzhledem k tomu, že tělo funguje jako důležitá složka sociální prezentace, vliv negativního sociálního hodnocení může být větší, než je vliv funkčního handicapu. Nápadné změny a odlišnosti nepříznivě ovlivňují sociální hodnocení postiženého jedince a jeho akceptaci okolím. To ovlivňuje jeho postoje, chování a sebehodnocení v ještě větší míře, než samotné postižení tělesných funkcí. Autorka k této problematice uvádí zkušenost dr. Neumannové, která tento problém osobně vnímá. „*My spastici jsme úplně jinde, než vozíčkáři pouřazoví. Možná jsme na tom ještě o něco hůř... pro laickou veřejnost jde ještě o vzhled. Když je holka hezká, bude hezká i po autonehodě na vozíku. Ale hezkého spastika jsem ještě neviděla. To, jak vypadáme, vyvolává ještě u jisté části veřejnosti představu, že jsme i blbí.*“ (s. 254). Trauma vyplývající z této skutečnosti je třeba něčím kompenzovat a vytvořit si novou vnitřní rovnováhu. Vágnerová popisuje kompenzaci např. intelektuálním způsobem, zdůrazněním hezkého obličeje, profesním úspěchem apod. Kompenzace může mít ovšem i podobu různých únikových mechanismů, jako je např. zvýšená konzumace alkoholu.

Vágnerová (2008) dále poukazuje na to, že důležitá není jen sociální prezentace, ale i způsob, jak se člověk vnímá a prožívá. Představa vlastního těla je spojena s celou řadou senzorických zkušeností a tělesných pocitů. Není ovlivněna jen srovnáním s ostatními lidmi v okolí, liší se obvykle i tělová představa. Taktilně-kinestetické vjemy mají menší význam než např. vizuální obraz vlastního těla. Autorka tvrdí, že ochrnutému člověku (trpícímu kvadruplegií) tyto pocity chybějí, jeho vědomí vlastního těla se ztratilo. R. Murphy (2001, in Vágnerová, 2008) popisuje tuto situaci jako pocit odtělesnění. Vědomí vlastního těla je zvláštní dimenze, která mnohdy bez ohledu na reálnou změnu ulpívá v původní podobě, např. fantomové bolesti amputované končetiny.

## 2.3 Dětská mozková obrna

V praktické části se zabývám prací s klientem, který je postižený dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO), proto je důležité přiblížit toto postižení.

Kraus (2005) v publikaci *Dětská mozková obrna* píše, že DMO „*je trvalé, a nikoliv neměnné postižení hybnosti a postury*“, které je charakterizováno poškozením nezralého mozku, v pozdním prenatalním nebo v postnatálním období. Projevy a příznaky nejsou z klinického hlediska neměnné. Změny se týkají zejména svalového a kostního aparátu, a to v období kojeneckého a raného dětského věku. V tomto období jsou patrné zejména změny ve svalovém tonu a v pohybových funkcích. Vzhledem k vývoji v dětském věku, je mnohdy třeba vyčkat s určením formy DMO až do 3 – 4 let věku. V některých případech se může jednat i o stanovení vlastní diagnózy. Incidence DMO v populaci se pohybuje v rozmezí 1,5 – 2,5 narozených dětí na 1000 obyvatel.

V zastoupení jednotlivých typů DMO je nejrozšířenější spastická diparéza spolu s hemiparézou, dále se jedná o dyskinetickou a ataktickou formu, následovanou kvadruparetickou formou. (Hagberg et al., 1993 in Kraus, 2005) V posledních desetiletích se však počet postižených dětí zvyšuje a stává se tak zdravotnických, ale také rehabilitačním problémem. (Renotírová, Ludíková, 2006)

Podle Pipekové (2006) jsou projevy DMO typické zejména v hybné oblasti. Projevují se neobratností v jemné motorice, nerovnoměrným vývojem, zvýšenou pohyblivostí a neklidem. Dále nesoustředěním, těkavostí, nedokonalým vnímáním a představivostí. Časté jsou také překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a řečové vady. Častou kombinací k DMO bývají epileptické záchvaty.

Těmito projevy se zabývá také Kraus (2005), který popisuje šest typů změn reaktivity v důsledku poškození podkorových aktivačních systémů – zvýšenou aktivitu, hypoaktivitu, hyperexcitační syndrom, aktivní útlum, poruchu analýzy a syntézy tvarů a perseveraci. Při zvýšené aktivitě se odkazuje na Brázdilovou (1996), která píše, že dítě je v takovém případě neklidné, těkavé. V kojeneckém věku se nedokáže soustředit na

předmět, se kterým si hraje a později přechází od činnosti k činnosti. Problém může nastat v interakci s okolím, kdy svým neustálým pohybem sem a tam ruší ostatní.

O hypoaktivitě mluví Kraus (2005) jako o snížené aktivitě, která je nejčastější u diparetické a kvadraparetické formy DMO. Vyznačuje se značným klidem a pomalostí. Dítě již v kojeneckém věku bez problémů vydrží v postýlce a nevyžaduje přílišnou pozornost. V takovémto případě je však důležité nezaměňovat toto chování s hodnotí a dávat pozor, aby nedošlo k opoždění vývoje tím, že dítě vlivem menší pozornosti dostává také méně podnětů.

Zvýšenou dráždivostí (hyperexcitabilním syndromem) rozumíme stav, kdy dítě reaguje nepřiměřeným pláčem na každé podráždění. Chování takového dítěte má jednoznačně negativní dopady na atmosféru v celé rodině. (Kraus, 2005)

Jednou ze základních funkcí nervového systému člověka je aktivně tlumit vzruchy, které jsou pro právě probíhající aktivitu nepotřebné. Dítě s takovouto poruchou nedokáže oddělit důležité podněty od nedůležitých. Nedokáže se soustředit na to, co právě dělá, vše kolem ho ihned vyruší. (Kraus, 2005)

Kraus (2005) opět poukazuje na výzkum Brázdilové (1996), podle které spolu v praxi úzce souvisí aktivní útlum a poruchy analýzy a syntézy tvarů. Projevy jsou jednoduché. Dítě například dobře slyší v tiché místnosti, ovšem na pozadí šumu již ne, špatně rozlišuje hlásky apod. Ve zrakové oblasti např. nedokáže najít určitou hračku mezi jinými hračkami. Dělá mu problém odlišit část obrázku, což se mu povede až poté, co si danou část zvýrazní, např. vybarvením nebo obtažením.

Posledním typem, který je v knize popsán, je perseverace, neboli ulpívání pozornosti, či myšlení. Děti s touto poruchou nejsou schopni aktivně potlačit působení jednoho podnětu, aby se mohli věnovat podnětu dalšímu. (Kraus, 2005)

### **2.3.1 Formy DMO**

Fischer, Škoda (2008) rozlišují v základním dělení formy DMO na spastické a nespastické. Do kategorie spastických forem patří forma diparetická, hemiparetická a

kvadruparetická. Do kategorie nespastických forem patří dyskinetická a hypotonická forma. Renotiárová, Ludíková (2006) rozšiřují skupinu spastických forem ještě o formu diparetickou paukospastickou a formu oboustranně hemiparetickou.

### **2.3.1.1 Hemiparetická forma DMO**

Jedná se o centrální hemiparézu při lézi, která vznikla do 28. dne věku dítěte. Její častost je 70 – 90% ze všech případů hemiparéz. V celkovém pohledu má její výskyt klesající tendenci. Děti s hemiparézou mají typické držení končetin. „*Paže je v abdukci a vnitřní rotaci, předloktí v semiflexi a pronaci, zápěstí ve flexi, prsty v extenzi s addukčním držením palce.*“ Dolní končetina bývá napjata tak, že jedinec došlapuje při chůzi na špičku, (Fischer, Škoda, 2008) přičemž postižené končetiny bývají zpravidla kratší a slabší. Zkrácení může být nepatrné, ale také může dosáhnout několika centimetrů. (Kraus, Šandera, 1975 in Fischer, Škoda, 2008)

Kraus (2005) uvádí jako nejvýznamnější komplikaci hemiparetická formy DMO epilepsii, která postihuje 27 – 44% pacientů. Mentální retardace se vyskytuje u 18 – 50% a má významnou souvislost s výskytem epilepsie – téměř 3/4 dětí s epilepsií mají mentální retardaci.

Oboustranná hemiparetická forma, jak uvádějí Renotiárová, Ludíková (2006), má za následek postižení všech čtyř končetin, což vede ve většině případů k odkázání na invalidní vozík a na asistenci druhé osoby.

### **2.3.1.2 Diparetická forma DMO**

Fischer, Škoda (2008) píší o diparetické formě jako o nejčastěji se vyskytující formě DMO. Vzniká poškozením mozku v oblasti temenního laloku, což se velmi často stává u předčasných porodů nebo nezralosti plodu. Další příčinou může být komplikovaný porod nebo přerušení přívodu kyslíku do mozku. Vzniká pouze v dětství, dříve než začne dítě chodit. Projevuje se postižením obou dolních končetin. Končetiny jsou v tomto důsledku slabší, hlavně v bérkách. Postižení může být symetrické, či asymetrické (diparéza s pravou či levou orientací). Ve výjimečných případech může



dojít k postižení horních končetin. Chůze je ve většině případů možná, ale dítě začíná chodit až mezi třetím a pátým rokem. Dolní končetiny se mohou vlivem zkrácených adduktorů vtáčet dovnitř. Vzniká tak charakteristická, tzv. nůžková chůze. Chůze je ve většině případů možná za pomoci berlí nebo druhé osoby. (Renotierová, 2003 in Fischer, Škoda, 2008). Renotierová a Ludíková (2006) se zmiňují ještě o formě diparetické paukospastické, při které nevzniká překřížení dolních končetin, ale jsou naopak patrné drobné mozečkové příznaky.

### **2.3.1.3 Kvadruparéza**

Jedná se o nejzávažnější formu DMO. Fischer, Škoda (2008) uvádějí, že vzniká jako důsledek poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti kortexu. Častou příčinu tvoří prenatální faktory a malformace mozku a nízká porodní hmotnost. Kraus (2005) uvádí také jako jednu z častých příčin infekci centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Při kvadruparéze je postiženo celé tělo, včetně hlavy, trupu a všech čtyř končetin. Těžké formy jsou patrné již v novorozeneckém věku, kdy se objevují poruchy primárních reflexů. Těžká mentální retardace, smyslové vady a epilepsie bývají častým přidruženým postižením. Děti s touto formou DMO mají také narušený vývoj řeči. Objevuje se u nich dysartrie až anartrie. Tyto a i jiné problémy, např. nadměrná salivace, mohou být pro osoby s dobrým intelektem překážkou v sociálním začlenění. (Kraus, 2005)

### **2.3.1.4 Dyskinetická forma DMO**

Dyskinetická forma patří mezi nespastické formy DMO. Její podíl je asi 10% případů DMO. Kraus (2005) Fischer, Škoda (2008) popisují její příčinou jako poškození mozku v oblasti bazálních ganglií, které u člověka umožňují provádět plynulé pohyby. Toto poškození vytváří chaos, který se následně projeví jako nepotlačitelné pohyby. Kraus (2005) ji charakterizuje jako „*neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu.*“ S postižením je spojena také porucha řeči, která je u dyskinetiků značně nesrozumitelná a pomalá. Dále se vyskytuje postižení sluchu, zraku a problémy s polykáním. Naopak u dyskinetické

formy se prakticky nevyskytuje mentální retardace a epilepsie, což je dáno zasažením hlubších oblastí mozku a korové funkce jsou zachovány.

#### **2.3.1.5 Hypotonická forma DMO**

Podle Krause (2005) tvoří tato forma, někdy také ve starší literatuře označována jako ataktická nebo cerebelární, 7 – 15% případů DMO. Dominantní roli v tomto případě hrají perinatální faktory. Mezi etiologické faktory lze zařadit rozsáhlé malformace mozku, perinatální hypoxicko-ischemické poškození míchy, perinatální nebo perinatální hypoxii. Poškození se týká zejména oblasti mozečku, což vede k problémům ve vnímání rovnováhy. Jedním z projevů je špatná pohybová koordinace, nestabilní chůze, kdy lidé dávají chodidla daleko od sebe, aby si zajistili lepší stabilitu. U menších dětí se vyskytuje větší pohyblivost v kloubech, zejména dolních končetin, ale i horních a páteře. (Kábele, 1986 in Fischer, Škoda, 2008)

### 3 Zvuk

Člověk je ten, kdo je adresátem hudebního zvuku. Jeho smysly mu umožňují zprostředkování počitků, které mají elementární charakter. Ty jsou však závislé na procesech zahrnujících zkušenosti, myšlení a postoje vnímající osoby. Jsou ovlivněny okolím, okamžitým zaměřením vnímající osoby, ale také tím, co daná osoba již zažila. Tím se z nich stávají vjemy. Na rozdíl od podnětů (stimulů), které lze studovat a popisovat na základě měření, vjemy můžeme popsat pouze nepřímo prostřednictvím subjektivního posouzení. (Otčenášek, 2008)

O zvuku a jeho vlastnostech pojednává mnoho publikací, učebnic i periodik. Lepil (1994) píše o zvuku jako o mechanickém vlnění, které člověk vnímá sluchem. Jeho frekvence leží v intervalu přibližně 16 Hz až 16 000 Hz (16 kHz), nižší frekvence jsou označovány jako infrazvuk, vyšší jako ultrazvuk. Zvuky zprostředkovávají člověku informace o okolním světě. Tento děj přenosu informací má tři základní části. První z nich je zdroj zvuku. Tím je chvění pružných těles, které se přenáší do okolního prostředí a vzbuzuje v něm zvukové vlnění. Jedním takovým tělesem může být například ladička nebo reproduktory připojené k elektronickému zdroji kmitání. Druhou částí je prostředí, kterým se zvuk šíří. Ze zdroje se zvuk šíří jen pružným látkovým prostředím libovolného skupenství, nejčastěji se však jedná o vzduch, v němž se zvuk šíří jako podélné postupné vlnění. Se snižujícím tlakem vzduchu slábne i zvuk, z čehož plyne, že ve vzduchoprázdnu zvukové vlnění nevzniká. Nejdůležitější charakteristikou prostředí z hlediska šíření zvuku je jeho rychlost v daném prostředí. Rychlost zvuku závisí na složení vzduchu (nečistoty, vlhkost), ale nejvíce na teplotě. Není ovlivněna tlakem vzduchu a je stejná pro zvuková vlnění všech frekvencí.

Lepil (1994) rozlišuje zvuky podle toho, jaký průběh má zvukové vlnění – jestli je periodické, harmonické nebo zda se jedná o kombinaci obou vlastností. Periodické zvuky nazývá jako hudební zvuky nebo tóny. Jestliže má zvuk harmonický průběh, je to jednoduchý tón, periodické zvuky složitějšího průběhu označuje jako složené tóny. Mezi hudební zvuky patří nejen zvuky hudebních nástrojů, ale např. i samohlásky řeči.

Zvuk samohlásek je sice periodický, ale není harmonický. Zvuky různých hudebních nástrojů mají složitý průběh, což sluchem dokážeme rozlišit.

Oproti tomu neperiodické zvuky vnímáme jako hluk (praskot, bušení, skřípání apod.). Neperiodický průběh mají např. také souhlásky. Zvláštním případem neperiodického zvuku je šum, který v podstatě neustále doprovází sluchové vjemy. Jako charakteristický uvádí autor např. šum, který slyšíme v lese. Jeho příčinou je nepravidelný pohyb listů stromů a jejich vzájemné tření.“ (Lepil, 1994)

### **3.1 Vlastnosti zvuku**

Základní vlastnosti zvuku jsou čtyři - barva, síla, výška a délka. V publikaci *Základy muzikoterapie* (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) jsou tyto vlastnosti popisovány, projevují se jako hudební výrazové prostředky – rytmus, melodie a harmonie. Tyto poznatky jsou pro muzikoterapii stěžejní - v každém okamžiku hry klienta je dominantní některý z nich. Jejich analýza umožňuje muzikoterapeutovi lépe porozumět hře klienta.

#### **3.1.1 Barva zvuku**

Podle odlišností v barvě poznáme zvuky různých hudebních nástrojů nebo hlasů lidí. Kantor a kol. (2009) popisují příčiny odlišné barvy zvuku, která je dána složením a charakteristickým namícháním alikvotních tónů. Jak se ukázalo při laboratorních pokusech, barva patří k nejdůležitějším charakteristikám zvuku pro hudebně neškoleného posluchače. Atkinsonová (2003) se také zmiňuje o barvě zvuku v souvislosti k našemu vnímání složitosti zvuku. Již během prenatálního vývoje se dítě učí rozlišovat jednotlivé hlasy a zvuky z okolního prostředí právě podle jejich barvy. Stejný názor můžeme nalézt u autorek Pipekové a Vítkové (2001), kteří píší, že dítě, se v intrauterinním období adaptují na akustické signály matky.

Zkušenost s různými zvukovými barvami pomáhá rozvíjet schopnost sluchové diskriminace. Neobvyklé zvuky mohou podle Kantora a kol. (2009) podpořit zájem a zvědavost klientů, zvláště pokud je zvuk spojen se zajímavým vzhledem hudebního

nástroje. Někteří klienti, pokud mají v muzikoterapii možnost výběru, se opakovaně vracejí k individuálně preferovaným barvám zvuku a k určitým skupinám nástrojů. Těchto preferencí lze využít pro posílení terapeutického vztahu. U některých klientů mohou určité zvuky vyvolávat nečekané reakce v pozitivním i negativním směru. Kantor v publikaci zmiňuje výzkum, který ukazuje, že např. smyčcové nástroje dokážou příznivě ovlivnit stav deprimovaných klientů. Žesťové nástroje naopak nejsou vhodné u úzkostlivých klientů a klientů senzibilních vůči hluku.

### **3.1.2 Síla zvuku**

Tak jako zdraví lidé, i klienti individuálně upřednostňují rozdílnou sílu zvuku. Toto upřednostnění ale může být vázáno na různý typ postižení. Úzkostní klienti dobře reagují na slabší zvuky, pro klienty s poruchou chování a hyperaktivitou jsou vhodnější silnější zvuky. U dětí s autismem nacházíme velmi specifické a pestré vjemové preference, u dětí s vývojovým postižením se setkáváme s nižší schopností diferenciaci hlasitosti zvuku při jejich hudebním projevu (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

Hlasitost zvuků je úzce spojena s amplitudou, tzn. rozdílným tlakem mezi nejvyšším a nejnižším bodem vlny. Většinou se udává v decibelech (dB). Nárůst o deset decibelů znamená desetinásobné změně v intenzitě zvuku, dvacet decibelů stonásobné a třicet decibelů tisícinásobné apod. Intenzita zvuku např. v tiché místnosti je zhruba třicet decibelů, v hlučné restauraci může dosahovat i sedmdesáti decibelům. Rockový koncert dosahuje intenzity zvuku i sto dvacet decibelů a startující letadlo může překročit hranici i sto čtyřiceti decibelů. (Atkinson, 2003)

Kantor a kol. (2009) popisují, jak hlasitost souvisí s našimi psychickými funkcemi. Změny v úrovni hlasitosti totiž mohou být použity jako prostředek k získání nebo udržení pozornosti. Uvádí, že náhlý silný zvuk může vyvolat úlek, kdežto slabý něžný zvuk obvykle pomáhá vytvořit příjemnou, bezpečnou a důvěrnou atmosféru. Nesmírně důležité je také to, jak jedinec nakládá s tichem při hře. Ticho totiž dodává zvuku strukturu, význam a vytváří pro něj prostor. V hudbě souvisí s představivostí, s očekáváním a s okamžikem překvapení. V určitém kontextu ticho podporuje růst úzkosti a strachu.

### **3.1.3 Výška tónů**

Výšku tónů charakterizuje kmitočet, tedy počet kmitů zvukové vlny za sekundu. Tento údaj je uváděn v hertzích (Hz). Čím vyšší je výška zvuku, tím rychlejší je kmitočet zvukové vlny. Člověk běžně slyší zvuky v rozsahu 20 000-15 000 Hz. Rozsah tohoto pásma je ale individuální a navíc se mění v souvislosti s věkem. K záznamu výšky tónů se používá notace a různé vizuální pomůcky. Mnoho autorů se již vztahem výšky tónů k fyziologickým a psychickým reakcím zabývalo. Jejich závěry Kantor shrnuje do obecného tvrzení, že vysoké tóny vyvolávají spíše napětí, kdežto tóny nízké uvolňují. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

### **3.1.4 Délka tónů a tempo**

Tyto dvě charakteristiky jsou vzájemně velmi provázané. Délka tónu má úzký vztah k tempu skladby, dlouhé tóny vytvářejí dojem pomalého tempa a naopak. Pro drobné výkyvy v tempu hudby se používá termín agogika. I s tempem se pojí několik italských termínů, např. *accelerando* se vztahuje ke zrychlení tempa a *ritardando* k jeho zpomalení. Podle Kantora (a kol., 2009) je tempo v muzikoterapii velmi důležitým prvkem, protože jeho zrychlení a zpomalení při improvizaci může odrážet změny fyziologických procesů nebo emocionálního stavu klientů. Autor také popisuje zajímavý fakt, že rozsah u nás preferovaného tempa při hudební improvizaci, podobně jako většina hudby v odlišných kulturách, se pohybuje v pásmu tempa srdečního tepu, které činí přibližně 75 - 100 úderů za minutu. A v tomto pásmu se vyskytuje také největší přesnost, lidé mají totiž potíže udržet velmi rychlé nebo velmi pomalé tempo.

Monotónní zvuky s příliš dlouhou nebo krátkou rytmickou hodnotou mohou vést ke ztrátě pozornosti. Zcela stěžejní je vybrat hudbu, která nebude zahlcovat ani deprimovat klientovu pozornost. Nejde ale jen o délku not a tempo, ale také o délku pauz v hudbě. Ke správnému načasování délky not a pomlček využívají muzikoterapeuti svou intuici, podpořenou pozorováním klienta a jeho reakcí na hudbu. Délka zvuků a tempo hry klienta může totiž poskytnout mnoho důležitých informací o jeho percepčních funkcích a schopnosti sebevyjádření. Nezbytnost přizpůsobení tempa

hudby fyziologickému tempu nebo motorickým možnostem je důležité vždy, zcela zřejmá je ale u klientů s pohybovým omezením. Hudba se dá využít například k facilitaci chůze klientů s DMO na chodítku. Tempo hudby fyzioterapeuta musí ale být v tempu klienta, jinak je působení kontraproduktivní a snižuje klientův výkon. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

## **3.2 Vliv zvuku na člověka**

Působením zvuku na člověka se blíže zabývá Krohe (2009). Popisuje vyladění našich orgánů podle působení zvukových vln, což umožňuje prožít hluboké uvolnění. Při muzikoterapii dochází k regeneraci vnitřních orgánů a na rovině psychiky se projevuje relaxačními a harmonizačními účinky. Náš mozek je tím optimálně vyladován a stimulován pro další výkon.

Procházka (2009) představuje výzkum profesorů Muraye a Schafera, kteří se zabývali působením zvuku na lidský organismus. Muray se pokusil pomocí meditačních cvičení dosáhnout u svých studentů silného stavu uvolnění a následně je požádal, aby mu zazpívali jakýkoliv tón, který by odpovídal jejich náladě. U většiny to byl tón „h“. Profesor Schafer pak učinil podobný pokus v Německu a jiných evropských zemích. Výsledky byly velmi podobné, avšak s tím rozdílem, že většina studentů udávala tón „gis“. Při hledání příčiny tohoto rozdílu zjistil profesor Schafer se svým týmem, že v USA a Kanadě se pracuje se střídavým proudem o frekvenci 60 Hz. Lidé v těchto zemích jsou doslova obklopeni touto frekvencí, nevědomě ji poslouchají při provozu všech elektrických přístrojů od žárovky po televizní přijímač. V Evropě se ale pracuje se střídavým proudem o frekvenci 50 Hz. A v tom je celý problém. Evropská zvuková frekvence 50 Hz odpovídá tónu „gis“, amerických 60 Hz odpovídá tónu „h“. Zjistili tedy, že tón, vycházející „z hlubin naší podstaty“, je vyvolán tím, že roky přijímáme zvukovou frekvenci elektrického proudu, který nás téměř neustále obklopuje.

### 3.2.1 Negativní následky hluku

Pokud je lidské tělo vystaveno dlouhodobému působení hluku, může to vyvolat nejrůznější somatické, i psychické potíže. V extrémních případech může hluk i zabít. (Linka, 1997) Vlivem působení silného hluku po delší dobu, dochází u člověka k přechodnému zvýšení prahových hodnot slyšení. Díky tomu je následně obtížné či dokonce nemožné slyšet slabé zvuky. Např. navštívíme-li rockový koncert, původní prahové hodnoty se nám vrátí do původních hodnot až po několika dnech. V případě dlouhodobého vystavení intenzivním hlukovým hodnotám dochází k nevratnému poškození sluchu, kdy navrácení původních prahových hodnot již není možné. (Franěk, 2005)

Halpern, Lingerman (2005) píší o pokusu dvou amerických vědců, kteří zkoumali statistiku nemocí a úmrtí obyvatel v okruhu dvou mil kolem Los Angeleského mezinárodního letiště. Tyto osoby pozorovali dva roky. Výsledky poté porovnali s daty pořízenými od vzorku lidí, žijících osm až devět mil od letiště. Došli k závěru, že počet nemocí a úmrtí u obyvatel žijících okolo letiště byl o 20% vyšší než u skupiny žijící ve větší vzdálenosti od něj. Následků negativního působení hluku může být celá řada. Nejde jen o poškození sluchu, jakožto primárně zasaženého ústrojí. Jedná se mj. o srdce, spojené se vzrůstajícím krevním tlakem, což může vést k infarktu, o centrální nervovou soustavu. Její narušení v důsledku porušení sluchu může vést k narušení akustického vnímání.

Slovenští muzikoterapeuté Mátejová a Mašura (in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) poukazují na škodlivé účinky absolutního ticha i nadměrného hluku, který poškozuje sluchové orgány. Uvádí, že u osob žijících v hlučném prostředí dochází častěji k srdečním infarktům, neurózám, lidé jsou častěji unavení a vyčerpaní. Kantor (2009) na tuto myšlenku navazuje a řeší nepříznivé účinky ticha na člověka. Absolutního ticha je podle tohoto autora možné dosáhnout pouze v laboratorních podmínkách. Obecně ale dlouhodobé ticho vyvolává senzorickou deprivaci a po delší době různé psychické poruchy. Podobné stavy může ale způsobit také zvuková monotonie. Pro správnou činnost centrální nervové soustavy je důležitý a potřebný plynulý přísun měnících se akustických informací.



V neposlední řadě hluk ovlivňuje také kvalitu našeho spánku. Je dokonce prokázáno, že nadměrný hluk od domácích spotřebičů brzdí vývoj smyslových, vnímacích a motorických schopností u dětí v prvních dvou letech života. (Halpern, Lignerman, 2005) Autoři se dále zmiňují o teorii dr. Wackse z univerzity Purdue, který je přesvědčen, že hluk dává dětem popud, aby se stáhly do sebe. Z výsledků jeho výzkumu nadále vyplývá, že děti, které vyrůstají v hlučné domácnosti, se snaží napodobovat chování dospělých a u dětských zvyků zůstávají déle než děti z klidného domova.

## 4 Hudba

*„Hudba je... maminčina ukolébavka. Dává hlas našim pocitům, když my sami jsme němí, dává nám slova, když mlčíme. Prostřednictvím hudby chválíme, milujeme, doufáme a vzpomínáme. Hudba je vzdech duše, křivka letu kolibříka i vítr, který ho nese. Proměňuje se a chvěje milionem barev, má bezpočet podob a je nekonečně tvořivá. Je ztělesněním ducha.“*

Martineau

Martineau (2012) nahlíží na hudbu z filozofického hlediska a přirovnává ji k vlnám na moři. Nejlépe totiž dokáže zachytit a přenést duševní stav z jednoho člověka na druhého. Hudba ve spojení s jazykem vytváří píseň, která povznáší její smysl a vede nás k soustředěnějšímu naslouchání.

Hudba je nesmírně bohatý a různorodý materiál. Existuje mnoho způsobů funkcionálního využití hudby. Například s léčebnou a spirituální funkcí hudby se lze setkat již odedávna. Hudba byla využívána také při práci nebo ve válkách. V současné době je fenoménem tzv. hudba vytvářející pozadí (back-ground music) sloužící k vytvoření příjemné atmosféry, ke společenským příležitostem, ale také např. ke zvýšení prodeje v supermarketech. Hudba je tedy zcela přirozenou součástí našeho života. Tak přirozenou, že za běžných okolností člověk nemá potřebu podrobovat hudbu nějakým racionálním úvahám. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

### 4.1 Hudební vývoj

Franěk (2007) se zmiňuje o tom, že lidský plod již v prenatálním období reaguje na zvuky ze svého okolí. Na tyto podněty reaguje různými způsoby, např. zrychlením srdečního tepu nebo naopak uklidněním spojeném se zpomalením. Je prokázáno, že plod je po určitou dobu schopen si zapamatovat to co uslyší. Studie zjistila, že pokud si plod zapamatoval opakovaně přehrávanou hudbu, začal se v děloze pohybovat. Této reakce na prezentovanou hudbu byl schopen ve věku 36 – 37 týdnů (9 měsíců), zatímco v období 29 – 30 týdnů toho ještě schopen nebyl. Z toho vyplývá, že schopnost plodu

zapamatovat si slyšené se objevuje přinejmenším až po 30. týdnu. (Hepper, 1991 in Franěk, 2007)

Po narození může dítě preferovat určité zvuky, se kterými se seznámil v těhotenství. Může se jednat o hlas určitého mluvčího (matky), určitý hudební úryvek nebo celou hudební skladbu, mateřského jazyka nebo o nějaký prozodický úryvek, který matka v době těhotenství četla nebo zpívala. Franěk dále předkládá teorii Parncutta (1987) o prenatálním původu hudebního významu, podle které hudební struktury obklopující plod v mateřském jazyce, spouštějí specifické emocionální reakce. Člověk odlišným způsobem interpretuje emocionální význam pravidelného pulsu, nepravidelného rytmu a rubata. Hudba, která je založená na pravidelném rytmu v něm evokuje představu tance a pohybu, nepravidelná rytmická pulsace a rubato naopak emocionální změny. (Franěk, 2007)

## **4.2 Vliv hudby na člověka**

Hudební umění lze vnímat také jakožto jednu z forem aktualizace a konkretizace vztahu zvuku a rytmu. Tak jej také popisuje Jaroslava Zeleiová se ve své publikaci Muzikoterapie (2007). Uvádí, že základní lidskou dispozicí je transformovat prožívanou skutečnost a vlastní (sebe)zkušenost do znějících tvarů a naopak tyto zvuky a rytmus zpětně prožívat (skrze sebe). S podobným názorem se můžeme setkat u autorek (Pipekové, Vítkové, 2001), které se zmiňují o tzv. muzikopsychopatologii. Podle těchto autorek je zřejmá souvislost mezi hudebním výrazem a psychickou nemocí. Na základě zkoumání se podařilo zjistit, že u osob s mentálním postižením, jejichž chorobopis se prakticky nezměnil, se nezměnil ani jejich výrazový vzor. Naopak u zdravých pacientů se zlepšil skoro ve všech oblastech. Z toho důvodu se funkcionality hudby z hlediska antropologického a kulturně-sociálního podle váže na kult a na smyslové a emocionální prožitky. Müller (2004) se touto problematikou také blíže zabývá a tvrdí, že hudba působí bezprostředně a intenzivně na člověka, na jeho psychiku a také dynamiku. Dnešní funkce hudby je ovšem již spíše konzumní, nemělo by se však zapomínat na její

původní význam, a sice náboženský a léčitelský. Dnešní civilizace ji integrovala do podoby liturgické a terapeutické.

Hudba byla v historii využívána i k léčitelským účelům, k cílevědomému navození psychických stavů apod. Bývá spojena s náboženským a sociálním životem v různých etnických komunitách. Ty, v rámci svých rituálů, vyslovují určitá slova, opakují gesta nebo manipulují s předměty, které zprostředkovávají přítomnost nadpřirozených sil, se kterými bylo třeba vstoupit do kontaktu za účelem vyžádání si přízně při jistých významných událostech v životě člověka a společnosti. Tyto úkony v hudební rovině plní zprostředkující, mediální funkci hudby jako komunikátora. Terapie prováděná šamany má rytmem a tancem navodit stav změněného vědomí. Tyto rituály, tak jak je známe, plnily odjakživa roli psychosociální hygieny prostřednictvím uvolňování emocí. K tomu mohlo dojít z důvodu propojení sluchového orgánu a neurovegetativního systému, který společně s tělesnými projevy emocí umožňoval uvolnění. (Zelevá, 2007)

Popsanou závislost mezi psychikou a somatikou řeší i Linka (1997), který uvádí, že tělesný stav má vliv na duševno. Např. dobrá kondice tak vede k lepší náladě, na druhé straně pocit hladu, únava, zima dobré náladě moc nepřispívají. Duševno je naopak schopno vyvolávat somatické úkazy jako je zrudnutí nebo zblednutí, třes, zrychlený tep, bušení srdce aj. Linka dále zdůrazňuje vliv duševního zdraví na vznik tělesných nemocí. Tento jev byl prokázán např. u cukrovky, žaludečních vředů nebo u rakoviny. Hudba může člověka stimulovat, aktivizovat, uvolňovat, uklidňovat, inspirovat či oduševňovat. Může působit také jako ventil psychického přetlaku, únik z těžkých životních situací, může nahrazovat chybějící mezilidské vztahy. Také ale působí jako nástroj seberealizace a poskytuje osvěžení.

#### **4.2.1 Pozitivní vliv**

Jednoznačně pozitivní vliv na člověka má hudba jako nástroj relaxace. Podle Müllera (2005) je relaxace ve své podstatě psychosomatický jev. Většina relaxačních metod přitom působí komplexně právě na psychiku a somatiku. Hluboká relaxace se na mentální úrovni projevuje např. změnou frekvence mozkových vln, kdy se zpomaluje

vlnění z typu beta, do vlnění typu alfa až théta. Relaxace také zbavuje pocitů úzkosti a navozuje pocit klidu a bezpečí. (Brewer, 1995 in Müller, 2005)

Müller (2005) dále dělí hudbu s uklidňujícími účinky podle využití v klinické praxi na relaxační a anxioalgotickou (neboli sedativní). Odkazuje se přitom na Springteho (1996), který říká, že tento zvláštní typ uklidňující hudby usnadňuje zvládání stavů úzkosti a fyzické bolesti. Springte zdůrazňuje, že nejdůležitějším hudebním parametrem pro navození relaxace je puls. Hudba s uklidňujícím účinkem má obvykle puls kolem šedesáti úderů za minutu i méně. Tato pulsační frekvence připomíná tlukot srdce, které slyší plod v děloze během těhotenství. Lidský organismus se během poslechu dokáže vyladit na rytmy a frekvence zprostředkované hudbou. Tyto rytmy následně ovlivňují činnost tělesných soustav. (Springte in Wigam, 1996 in Müller, 2005)

Anxioalgotická hudba může nejen zvýšit práh bolesti, ale dokonce úplně eliminovat bolestivé vjemy. Jedním z významných vlivů hudby je schopnost odvrácení pozornosti, kdy je pacient hudbou natolik zaujatý, že přestane vnímat bolestivé signály přicházející do mozku. Přitom ale zůstává v bdělém stavu a je schopný aktivní spolupráce. (Brown, 2004 in Müller, 2005)

#### **4.2.2 Negativní vliv**

V souvislosti s negativním vlivem hudby na člověka se můžeme setkat s pojmem muzikopatogenie, který poprvé uvádí Linka (1975) a opět se s ním můžeme setkat v jeho díle Kapitoly z muzikoterapie (1997). Tento pojem v jeho podání znamená doslova poškození hudbou. Jedná se zejména o trvalejší, častější, intenzivnější a subjektivně pociťované hudební působení, kdy nás recipovaná hudba neúnosně ruší, dráždí a obtěžuje. Může se jednat o vlivy jako objektivně špatná nebo subjektivně nevyhovující hudba, přičemž v prvním případě jde především o invenčně nebo kompozičně špatnou hudbu, kdežto v druhém případě se jedná např. o nám nevyhovujícího skladatele nebo styl nebo zkrátka nemáme v danou chvíli na hudbu daného typu chuť.

Vedle těchto dvou vlivů Linka (1997) zmiňuje ještě hudbu nenadaně interpretovanou, kazovou nebo často přerušovanou bez zřetelného signálu. Popisuje např. situaci, kdy virtuos z cvičných důvodů opakuje nesčetněkrát za sebou určitou hudební frázi. On sám ví, proč tak činí, a má kontrolu, jak dlouho bude ve svém počínání pokračovat, i možnost svobodného rozhodnutí kdykoliv hraní ukončit. Jinak však stejnou situaci vnímají jeho sousedé v domě, kteří postrádají jmenované informace a dispozice. Vlivů může být samozřejmě celá řada – defektní nebo rozladěný nástroj. Negativní vliv má podle Linky také hudba na energetickou stránku lidského těla, kde se zmiňuje o tom, že fyzické vypětí spojené s emoční zátěží klavíristy na koncertě, se během jediného recitálu rovná jedné směně horníka v hlubinném dole. Vzápětí ovšem dodává, že pokud cvičení na hudební nástroj není přespřílišné, může se pro hudebníka jednat v podstatě o jakýsi druh tělocviku.

Negativním vlivem na člověka má bezpochyby příliš hlučná hudba (Linka, 1997), která se uplatňuje především u postjazzových nonartificiálních hudebních směrů, jako je např. big beat, rock, hard rock, disco, heavy metal, techno, rap, punk apod. Problémem je, že sluchový orgán, který je přirozeně nastavený na jinou průměrnou hlasitostní hladinu, se na déletrvající působení nadměrného hluku adaptuje tím, že sníží svou vnímavost, citlivost a rozlišovací schopnost.

Stejně jako příliš hlučná hudba, může uškodit také hudba nadbytečná. (Linka, 1997) Pokud je hudba posluchači vnucována doslova na každém kroku a proti jeho vůli, může nastat nejen zdravotní poškození, ale také poškození zážitkové. Člověku se může konkrétní melodie, či celá píseň natolik znechutit, že v něm při jejím opakovaném poslechu vyvolává negativní reakce.

#### **4.2.3 Vliv hudby na změnu chování**

Hudba působí na lidské chování. Z tohoto faktu čerpají učitelé, vychovatelé, lékaři, obchodníci a dokonce i politici, přesto se však doposud nepodařilo popsat, jakým způsobem toto ovlivňování funguje a v kterých situacích se vyskytuje. Jinak se chováme v pivnici, jinak v chrámu, v divadle nebo v muzeu. To odpovídá zažitým kulturním zvyklostem a také tomu, že okolní prostředí ovlivňuje chování člověka.

Kromě vizuálních informací ale v těchto různých situacích mohou hrát rovněž svojí roli akustické podněty. Hudba je jeden z prostředků, který definuje prostředí, např. varhanní hudba může vytvářet dojem religiózního prostředí, zatímco populární může mít zcela opačný účinek. (Franěk, 2007)

#### **4.2.4 Hudba a emoce**

Podle autorek Pipekové a Vítkové (2001) probíhá vnímání hudby v obou hemisférách, ovšem zřetelně diferencovaných. Zatímco levá hemisféra je kompetentní pro logické procesy, tedy pro zpracování rytmu, pravá hemisféra naopak pro holisticko-emocionální procesy, např. pro výšku tónu.

Přesná a úplná definice pojmu emoce je velmi těžko formulovatelná. Spíše, než definice se v literatuře objevují výčty podstatných znaků emocí. Vnímání člověka je většinou doprovázeno hodnocením co je dobré, a co špatné popřípadě zda k dané věci zaujímá neutrální postoj. Emoce mají velmi důležitý vztah vzhledem k vnímání a hodnocení hudby. Již před sto lety si hudební psychologové povšimli různorodosti emocionálních reakcí při poslechu hudby. Zjistili, že v některých hudebních postupech se může jednat o objektivní a u většiny posluchačů shodné reakce obsažené v díle. U jiných postupů se na druhou stranu jedná o subjektivní reakce, ve kterých si posluchač vnáší do hudby nějaké vlastní významy nebo si vybavuje a uvědomuje asociace, které při poslechu této hudby kdysi zažíval. (Franěk, 2007)

Hudba podle Fraňka (2007) vyjadřuje emoce třemi, zcela odlišnými, způsoby – strukturálním očekáváním, epizodickými asociacemi a ikonickými asociacemi. Při této příležitosti Franěk zmiňuje postoj Watermana (1996 in Franěk, 2007), podle kterého se jedná o emoce vnitřní a vnější. V případě vnitřních emocí se jedná o emoce, které jsou vyvolány samotnou hudbou a vznikají jako reakce na určitá místa a postupy, které skladatel do hudby záměrně vložil. Tento typ emocí odpovídá strukturálnímu očekávání. Vnější emoce se naproti tomu vztahují k jevům, které leží mimo hudební strukturu a lze je připodobnit k epizodickým a ikonickým asociacím.

#### 4.2.5 Hudba v životě

Lidé neposlouchají hudbu jen na koncertech, ale prakticky všude – doma, v zaměstnání, v nákupních střediscích, stejně tak při nejrůznějších příležitostech jako např. při jídle. Vlivem každodenního poslechu hudby se začala zabývat novodobá experimentální estetika, jejíž představitel Berlyne (1971 in Franěk, 2007) předložil psychologické vysvětlení preference při každodenním poslechu hudby. Podle psychobiologů je jedním z faktorů, které ovlivňují preferenci, tzv. stupeň aktivace, který hudba u posluchačů vzbuzuje. O hudbě se poté bavíme v ohledu na to, zda je excitační nebo uklidňující. Berlyneho teorie je založena na pojmu aktivačního potenciálu podnětu, která je definována jako „*množství aktivity, kterou podnět vzbuzuje retikulární aktivační soustavě mozku*“.

Nejvíce se lidem líbí podněty přiměřeného aktivačního potenciálu. Je to způsobeno pronikáním nervových vláken retikulární formace do vyšších mozkových center libosti a nelibosti. Centrum libosti má obecně nižší aktivační práh než centrum nelibosti. Proto podněty s nižším aktivačním potenciálem aktivují jen centrum libosti a při postupném zvyšování aktivace roste také pocit příjemnosti. Ovšem v momentě, kdy stupeň aktivace překročí určitou míru, dosáhlo centrum libosti maximálního možného stupně aktivace, a jeho aktivace vyvolávající příjemné pocity se již dále zvyšovat nemohou. Ve stejné době však aktivující podnět překročí hranici centra nelibosti, jehož aktivace nadále stoupá. To způsobuje, že podnět se nám přestává líbit. Při aplikaci tohoto modelu na hudební preference se dá říci, že lidem preferují hudbu, která není ani příliš excitační, ale ani příliš uklidňující. (Franěk, 2007)



## 5 Muzikoterapie

*„Léčba hudbou (muzikoterapie) je založena na dvojím předpoklad, a to že schopnost reagovat na hudbu je vrozené každému z nás a že tato schopnost nezmizí v důsledku tělesného nebo duševního postižení, poranění nebo psychologické poruchy; může naopak existovat i v její přítomnosti.“*

B. Inglis – R. West

Muzikoterapie patří mezi tzv. expresivní terapie. Tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle nich se také nazývají jednotlivé umělecké terapeutické obory – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

Terminologie je ale přesto velmi široká a nejednoznačná. V zahraničí, zejména v anglicky mluvících zemích, je pro expresivní terapie rozšířený název umělecké kreativní terapie (Art Creative Therapies). V České republice se místo pojmu expresivní terapie někdy používá označení arteterapie v širším významu. Předpona art- nebo arte- je odvozena z latinského ars, což znamená umění. Obvykle ale pojem arteterapie užíváme v užším významu, kdy se jím rozumí jeden z oborů expresivních terapií, který se specializuje na terapeutickou aplikaci výtvarných prostředků. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

Kantor (a kol., 2009) vysvětluje přímo původ pojmu muzikoterapie. Řecky moisika, latinsky musica znamená hudba; řecky therapeia, therapeineio, latinsky iatreia znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se nebo pomáhat. Muzikoterapie se tedy překládá jako léčení nebo pomoc člověku hudbou. Na toto téma navazuje Müller (2005), který uvádí, že hudba byla využívána k terapeutickým účelům již v nejstarších datovaných obdobích lidstva, např. při rituálech pravěkých etnik. S hudbou jako s léčebným prostředkem se lze setkat téměř u všech kultur mimoevropských národů. Tento autor se také okrajově zabývá terminologií a jako český ekvivalent k pojmu muzikoterapie uvádí pojem terapie hudbou.

## 5.1 Hudební zkušenost

Hudební zkušenost ve své celistvosti zahrnuje všechny hudební i nehudební vstupy a výstupy z muzikoterapeutického procesu. Zkušenost klienta s hudbou má několik úrovní. Tímto se zabývá také Bruscia (1998, in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009), který rozlišuje a charakterizuje pět úrovní hudební zkušenosti v muzikoterapii. Hudební zkušenosti rozděluje podle míry účasti hudby na zkušenosti klienta.

Prehudební úroveň tvoří předhudební vstupy a výstupy. Vstupy jsou hudebně nedostatečně vyvinuté, nedostatečně organizované nebo neúplné k tomu, aby mohly být považovány za hudební, nebo zastávají spíše funkci komunikačních signálů než hudebního vyjádření. Výstupy jsou reakce na hudbu postrádající dostatečné uvědomění nebo záměr k tomu, aby byly považovány za hudební.

Vstupy v rámci hudební úrovně jsou zvuky hudebně dostatečně uvědomělé a organizované, takže vytvářejí vztahy, které jsou samy o sobě smysluplné. Tyto vztahy jsou zřejmé, když je hudební materiál organizovaný podle základních vlastností tónu nebo hudebních výrazových prostředků a když tento materiál vytváří hudební formy. Hudební výstupy tvoří záměrné pokusy naslouchat hudbě nebo hudbu vytvářet. Poslech je charakterizován jako hudební zkušenost, jejímž záměrem je pochopit a prožít zkušenost se vztahy a významy, jež jsou hudbě vlastní. Podobně při vytváření hudby je záměrem kontrolovat, utvářet nebo organizovat zvuky tak, že vytvářejí smysluplné vztahy mezi sebou.

Další etapou je extrahudební úroveň. Extrahudební vstupy jsou tvořeny i nehudebními aspekty hudby nebo hudební zkušenosti, které ústí nebo odvozují svůj význam z hudby, např. lyrika, program v hudbě nebo příběhy. Extrahudební výstupy jsou reakce a chování spojené s hudbou, které nezahrnují vytváření hudby, ale dovozují svůj význam z hudby, se kterou získáváme zkušenost (např. kreslení, imaginace, pohyb na hudbu). Hudba může být opět v popředí nebo pozadí této zkušenosti.

Parahudební vstupy jsou aspekty hudebního prostředí, které ovlivňují jedince, zatímco poslouchá nebo vytváří hudbu, přičemž nejsou ve vnitřním vztahu s hudbou a neodvozují od ní svůj význam. Do první skupiny parahudebních vstupů patří objekty a

osoby, do druhé patří další formy umění vytvořené nezávisle na hudbě, avšak stále v hudebním prostředí. Parahudební výstupy jsou reakce a chování, které se objevují v kontextu hudební aktivity, ale jsou nehudební svým záměrem nebo obsahem (např. snění, rozhovor nebo umělecká aktivita probíhající paralelně s hudební zkušeností).

Poslední rovinou je nehudební úroveň. Nehudební vstupy jsou aspekty muzikoterapeutického prostředí, které působí na klienta, ale nepocházejí z dříve uvedených stimulů ani z nich neodvozují svůj význam. Nehudebním výstupem je chování a reakce, které nemají žádný hudební záměr nebo obsah a které také nepocházejí z dříve uvedených stimulů ani z nich neodvozují svůj význam.

## **5.2 Formy muzikoterapie**

Formy muzikoterapie se vztahují k uspořádání terapeutické situace z hlediska počtu klientů, popř. z hlediska systému, v němž muzikoterapie probíhá. Vhodná forma terapie musí nejlépe odpovídat specifickým vlastnostem klienta a cílům terapie. (Müller, 2005)

### **5.2.1 Individuální terapie**

Tato terapie je obvykle založena na interakci mezi terapeutem a klientem. Realizuje se prostřednictvím samostatných sezení, může k ní ale docházet také ve skupině, pokud se sníží interakce mezi jejími členy. Individuální terapie je ekonomicky a personálně náročná, ne všechny potíže klientů však není možné řešit ve skupině a stává se tak jediným východiskem. Může být vhodná i v případě závažného tělesného nebo kombinovaného postižení, u klientů, kteří potřebují bipolární vztah, v případě, že je skupinová forma neefektivní, nebo u klientů, kteří nejsou schopni efektivně pracovat ve skupině z důvodů vážného sociálního narušení. Individuální terapie může sloužit také jako příprava pro zařazení do skupinové terapie, tedy u klientů, kteří potřebují nejprve získat určité sociální zkušenosti a dovednosti. Tento postup se tak může týkat např. klientů s těžkým mentálním postižením nebo autismem. (Kantor, Lipský, Weber a kol, 2009)

### 5.2.2 Skupinová terapie

Skupinová terapie dává podle Horňákové (2003) nejen terapeutovi možnost zabývat se problémy více klientů zároveň, ale samotným klientům navíc nabízí možnost ověřit si nové strategie, usnadňuje změnu postojů a modelů chování a jejich upevňování. Účelem skupinové terapie je obvykle využití skupinové dynamiky, kterou Kratochvíl (1996 in Müller, 2005) popisuje jako souhrn skupinového dění a skupinových interakcí.

Při této terapii pracuje terapeut s otevřenou nebo uzavřenou skupinou. Skupina může být malá, od 3 do 8 členů, nebo velká, 8 až 15 členů. Tyto počty ale nejsou dogmatem, za dolní hranici počtu klientů je obvykle považováno minimální množství, aby seskupení jednotlivců ještě vytvořilo interakční skupinu. Ve chvíli, kdy skupina o třech až čtyřech členech přestane fungovat jako interakční, jedná se pak spíše o individuální terapii s více členy najednou. Ani horní hranice skupiny není přímo omezena, je určena pouze zásadou, aby skupina přinášela zisk. Krátkodobá skupina bývá orientována na symptomatickou terapii a doporučuje se homogenní složení skupiny klientů, kteří přicházejí na terapii s podobnými problémy. U dlouhodobých skupin zaměřených na restrukturalizaci a komplexní rozvoj osobnosti by měla být skupina natolik heterogenní, aby poskytovala dostatek rozmanitých vzorů pro sociální učení a chování. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

V muzikoterapii lze pracovat s uzavřenou a otevřenou skupinou. Uzavřená skupina nepřijímá žádné nové členy a má předem stanovený počet sezení. Výhodou této skupiny je důkladnější vzájemné poznání. Právě tento typ sezení obvykle vyžadují klienti se sníženou schopností adaptace, zejména děti s autismem. Prostředí v této skupině bývá dostatečně stabilní a bezpečné a mohou do něho být přinášeny nové podněty. Dlouhodobou uzavřenou skupinu lze uskutečnit v podmínkách, které zajišťují značnou stabilitu, např. školy, stacionáře. Uzavřená skupina si udržuje stálou velikost, každého člena, který odchází ze skupiny, nahrazuje. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

Kantor (a kol., 2009) dále zdůrazňuje, že při zařazování klientů se závažným tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením do skupinové terapie je zapotřebí

zvážit řadu faktorů. Zejména je důležité, zda a jakým způsobem se bude klient schopen podílet na terapeutickém procesu, někdy pomůže přítomnost asistentů, koterapeuta nebo snížení počtu klientů ve skupině. Jindy je vhodnější doporučit jiné terapeutické uspořádání, zvláště je-li činnost terapeutické skupiny zaměřena interakčně a jedinec není schopen se kvůli svému postižení aktivně podílet na skupinových činnostech a procesech, které ve skupině probíhají. V každé terapeutické skupině je snaha podporovat pocit sounáležitosti jejích členů.

### **5.2.3 Komunitní terapie**

Další formou sezení, kterou autoři publikace *Základy muzikoterapie* (2009) zmiňují, je komunitní. V současné době je velice populární a vyhledávaná, a to zejména z toho důvodu, že nepracuje s uměle vytvořenými skupinami, ale s přirozeně existujícími skupinami v prostředí klientů. Jedná se tedy zejména o rodiny, pracoviště, komunity vrstevníků nebo komunity v různých institucích. Horní hranice počtu členů je tudíž prakticky nelimitovatelná.

Od ostatních terapií se neliší jen zaměřením terapeutických cílů, je také výrazně komplexnější. Snaží se totiž dosáhnout terapeutické změny nejen u jednotlivců, ale také v celém systému, s nímž pracuje. U nás je nejčastějším typem komunitní terapie muzikoterapie rodinná. Práce rodinného terapeuta je v takovém případě zaměřena na vztahy, interakci a vývoj v přirozené rodinné skupině klienta, jejíž narušenost se pokládá za rozhodující zdroj jeho individuálních či vztahových poruch a problémů. Rodinná muzikoterapie vychází z předpokladu, že pokud se má změnit klient, musí se také změnit jeho okolí. Během terapie tedy dochází ke změnám celého systému, jeho struktury, způsobů komunikace a vztahů mezi jednotlivými členy. Hudba slouží v rodinné muzikoterapii především jako prostředek ke komunikaci a rozvoji vztahů v rámci systému. Principy rodinné muzikoterapie se mohou uplatňovat rovněž v rámci individuální terapie, neboť mnoho muzikoterapeutů, kteří pracují s dětmi, začleňuje do terapie také rodiče a sourozence. (Kantor, Lipský, Weber a kol, 2009)

### 5.3 Druhy muzikoterapie

Muzikoterapii začal jako první dělit na aktivní a pasivní Ch. Schwabe v průběhu 60. a 70. let 20. století. Sice takto konkrétně systém práce v žádné své publikaci nepojmenoval, ale snažil se spíše tímto rozdělením o vytvoření jakéhosi systému v tehdejší muzikoterapii. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) Toto rozdělení zmiňuje také Müller (2004). Linka (1997) přidává ještě dělení na hudební autoterapii, a hudební heteroterapii podle toho, zda jedinec provádí muzikoterapii sám na sobě nebo jí na něm provádí někdo jiný. V případě hudební heteroterapie jsou klient a terapeut dvě různé osoby, přičemž se v roli terapeuta může objevit tým odborníků k tomu určených. Dále se budeme blíže věnovat muzikoterapii aktivní a pasivní (receptivní).

Při aktivní muzikoterapii vyvíjejí její účastníci hudební aktivitu. (Müller, 2004) V aktivní muzikoterapii, která se uskutečňuje pacientovou vokální, instrumentální nebo obojí interpretací se hledí především na terapeutické zájmy, přičemž estetický dojem, či technické provedení jednotlivých kreací je druhořadé. Používá se např. v situaci, kdy je vhodné jako záminka k pacientově pochvale, ne však kritice nebo ironii. Sebemenší podiv nad klientovou hudební znalostí může mít zdrcující následky. Klientova aktivita je velmi důležitá. Ke společnému zpěvu u klientů, kteří jsou hudebně méně zdatní, jsou např. vhodné jednoduché lidové písně, pokud neobsahují příliš enervující momenty. Tělesně postiženým jedincům nemají připomínat jejich stav, ani výhody jeho opaku. (Linka, 1997) Aktivní muzikoterapie může být individuální – indikována zejména u dětí s poruchami chování, dále u psychotiků a neurotiků. Cílem je navázat komunikaci s těmito lidmi neverbálními prostředky a umožnit jim sebevyjádření a sociálně přijatelné uvolnění. Skupinová aktivní muzikoterapie je rozšířena u klientů s poškozením mozku, u psychotiků, neurotiků a klientů s funkčními poruchami. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

Hlavní složku receptivní, neboli pasivní, muzikoterapie tvoří vnímání hudby. (Müller, 2004) Linka (1997) používá ještě třetí označení – poslechová muzikoterapie. Tento druh muzikoterapie může být uskutečňován jednak poslechem živě hrané hudby, ale také reprodukované, zejména z tzv. hudebních konzerv, kterými jsou cd nosiče, magnetofonové pásky apod. Další možností je využití hromadných sdělovacích

prostředků (rádio, televize). Živě hraná hudba má výhodu v tom, že poskytuje společně s hudebním zážitkem, také zážitek společenský. Další výhodou je poskytnutí možnosti navázání dodatečné slovní komunikace s interprety, tím spíš, když se jedná o známé tváře. Někteří autoři (König, 1958 in Linka, 1997) proto reprodukovanou hudbu odmítají, argumentují tím, že u ní chybí mezilidský kontakt. Na druhou stranu jsou tací, kteří reprodukovanou hudbu upřednostňují, protože, a to je důležité, pokud je zajištěna dostatečná kvalita reprodukce, odpadá nebezpečí případných hráčských nedostatků. Preferují diskrétní prostředí, nejlépe domácí, kde se jedinec na hudbu může maximálně soustředit, hudbu poslouchat např. vleže. Nespornou výhodou je možnost nahrávku kdykoliv přerušit. Z hudebního hlediska je receptivní muzikoterapie pasivní, což však nevylučuje kombinování s jinými aktivitami jako je malování nebo pohybové kreace. Müller (2004) podotýká, že aktivní i receptivní muzikoterapii lze samozřejmě kombinovat a záleží pouze na muzikoterapeutovi, v jakém poměru.

### 5.3.1 Alikvótní zpěv

Jedním z modelů používaných v muzikoterapii je technika alikvótního zpěvu. Není ovšem uznána západní muzikoterapií, jako prokazatelně efektivní. Ve své publikaci se o ní zmiňuje Šramlová (2007), přičemž se opírá o přirovnání rakouského multiinstrumentalisty, alikvótního zpěváka a hlasového pedagoga Chrise Amrheina, který poukazuje na podobnost spektra slyšitelných tónů, se spektrem denního světla. I tóny podléhají stejným spektrálním zákonům jako světlo, tzn., že je lze také rozložit na jednotlivé složky. Každý tón je tvořen směsicí tónů. Nejnižší frekvence se nazývá tzv. **fundamentální** neboli **základní tón**. Alikvóty jsou všechny ostatní tóny, které zní společně s tímto fundamentálním tónem, mají tedy vyšší frekvenci a vytváří tzv. přirozenou alikvotní řadu. Stejně jako všechny barvy duhy jsou latentně přítomny v bílém světle, tak se dá říci, že alikvóty jsou „skrytými barvami zvuku“. Martineau (2008) k tomu říká, že zvuky, které vnímáme jako tóny určité výšky, obsahují určitou periodicitu. Vibrují tedy na pravidelné frekvenci, která obsahuje specifické svrchní harmonické tóny, což jsou právě zmíněné alikvóty. Díky těmto harmonickým tónům jsme schopni rozlišit různé hudební nástroje. I když každý zahraje stejný tón, bude znít

jinak. Stejně tak i samohlásky se odlišují právě obsahem svrchních harmonických tónů, který určuje postavení mluvidel.

Alikvóty vytvářejí tzv. alikvótní řady. Jedná se v podstatě o matematické uspořádání alikvótních tónů v přesně daných frekvencích. Teoreticky je řada alikvótů nekonečná, každý alikvót je zvyšujícím se násobkem frekvence fundamentu. Proto se mezi jednotlivými alikvóty zmenšuje slyšitelný rozdíl. V prvních 4 oktávách je **prvních 16 alikvótů**, které můžeme slyšet a dobře rozlišit. Od 16. alikvótu už lidské ucho není schopno rozeznat jemné rozdíly mezi nimi. (Šramlová, 2007)

Na člověka mohou alikvótní tóny, stejně tak jako jakékoliv tóny, působit různě. V někom mohou vyvolávat pocity lehkosti, barevnosti, v někom naopak představu tajemna, či mystiky. Když se zaposloucháme do alikvótního zpěvu, slyšíme čisté, flétně podobné, tóny, které jakoby nevycházely od zpěváka, ale vynořovaly se v celém prostoru kolem nás. Alikvótní zpěv proto přináší posluchačům ryzí umělecký zážitek, pocity uvolnění a navozuje skoro až meditační atmosféru. (Šramlová, 2007)

## 5.4 Muzikoterapie ve speciálních zařízeních

V České republice probíhá muzikoterapie v řadě různých zařízení. Především se jedná o speciální školy, stacionáře, ústavy sociální péče, školy ve zdravotnických zařízeních a různé neziskové organizace. Zde probíhá nezřídka formou kroužků, v rámci hodin hudební výchovy, jako součást výchovně vzdělávacího procesu nebo jako dodatečná služba mimo vyučování. V léčebných zařízeních se výrazněji uplatňuje hudební heteroterapie. V souvislosti s tím, se někteří badatelé zasazují o to, aby se během pacientovy léčby postavy muzikoterapeuta a hlavního terapeuta shodovaly. (Linka, 1997) Akutním problémem je v našich zemích financování této oblasti, česká legislativa profesi muzikoterapeuta totiž doposud nezná. I z toho důvodu bývá primárním vzděláním terapeutů nejčastěji speciální pedagogika, učitelství, vychovatelství, psychologie nebo různé zdravotnické obory. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)



Současný trend, kdy jsou specializované terapie realizovány v přirozeném prostředí a aktivitách klientů popisuje Kern (2004, in Kantor, Lipský, Weber a spol., 2009) jako integrativní terapeutický model. Například pokud má klient se specifickými potřebami potíže se zapojením se do hry vrstevníků, přichází muzikoterapeut do přirozeného prostředí, ve kterém probíhají herní aktivity žáků, a tam provádí terapii s daným klientem. Integrativní terapeutický model je výhodný zvláště v tom, že se terapeut nemusí zabývat generalizací změn z muzikoterapie do běžného života a vidí, jak se klient projevuje přímo v reálných situacích. V zahraničí je z tohoto důvodu obvyklé, že muzikoterapeuti docházejí přímo do domovů klientů. Mnoho muzikoterapeutů pak pracuje v rámci terapie klientů také s rodiči, popř. provádí rodinnou muzikoterapii.

## **5.5 Využití muzikoterapie**

Muzikoterapie má vzhledem ke své povaze velmi široké užití, ve vlastním slova smyslu léčebně se hudby využívá především v psychiatrii, pediatrii a dětské psychiatrii. Podle Linky (1997) se uplatňuje např. při odstraňování neuróz a funkčních poruch, psychogenně podmíněných pohybových defektů, koktavosti či zajíkavosti a dalších vad řeči u dětí i dospělých osob, dyslektického čtení a dysgrafického psaní, vývojové opožděnosti, mentální retardace, rozličných zlovyků, u dětí spastických, anorektických, astabilních aj. O muzikoterapii se můžeme dále dočíst, že je nezdárka kombinována s jinými druhy terapií, jako je např. spánková terapie, sugesce, hypnóza, ale také s různými fyzikálními terapiemi, vodní terapií a v neposlední řadě také s medikamentózní léčbou.

Vliv muzikoterapie na člověka je zcela zjevný, odborníci se jej snaží i vědecky potvrdit. Procházka (2009) poukazuje na složitost pozorování, reakcí lidského organismu na tak mnohovrstvou strukturu, jako je hudba a muzikoterapie. Dnes již existují přístroje, které zpětnou vazbu umožňují. Jedná se např. o Kirilianovou fotografii, která snímá energetické vyzařování těla, či o přístroje které za pomoci kapalného helia ukazují na různé druhy elektromagnetických interferencí, případně

pracují s monitoringem dalších fyziologických reakcí. Tyto technologie vyvrátily tvrzení, že ve své podstatě má terapeutické a harmonizující účinky jakákoliv hudba. Toto tvrzení neplatí například pro velkou část hudby rockové a popové. Problémem je tu rytmus podle schématu krátce – dlouze – pauza, má totiž tendenci působit v těle zmatek a oslabit svaly. Procházka označuje tento přerušovaný takt jako přerušovaný anapaest. V publikaci je dále zmíněn výzkum doktora Johna Diamonda s rockovou a popovou hudbou. Uvádí, že u 90% osob, které touto hudbou testoval, byla zaregistrována téměř okamžitá ztráta dvou třetin svalové síly. Přerušovaný „anapaest“ směřuje k vysazení jemných signálů vlastní tělesné komunikační soustavy. To vede k následnému oslabení organismu. Ovšem tělo si záhy přivykne a pak dochází k tzv. adaptačnímu syndromu. Tento jev jako první popsal Hans Selye, známý badatel stresů. To, že se naše tělo přizpůsobuje a že poslech tohoto rytmu nevede k většímu oslabení těla, však v žádném případě neznamená, že bychom se neměli obávat škodlivých účinků.

Procházka (2009) poukazuje na to, že při sestavování muzikoterapeutických programů samozřejmě nejde pouze o vliv na somatickou sféru organismu. Připomíná výsledky bádání vědců M. Citemley a R. A. Handersona, publikované v knize *Music and the brain – studies in the neurology of music*, které ukazují, že reakce na popudy hudby může v mozku aktivizovat alespoň tři neurofyziologické procesy. Prvním z nich je fakt, že hudba může sluchovou dráhou pronikat přímo do centra emočních reakcí, o kterých se předpokládá, že se nachází v soustavě limba mozkové kůry. Následující neurofyziologický proces spočívající v proudu nastřádaných vzpomínek, které je hudba schopna aktivizovat pomocí corpus callosum tak, že pravá a levá hemisféra souladně spolupracují. Třetím procesem je fakt, že uklidňující a osvěžující hudba může značně pomoci při vytváření velkých molekul, zvaných peptidy, které mírní bolest působením na speciální receptory v mozku.

Hudba je také podle Marka (2003) odedávna známa tím, že se při ní lépe a déle pracuje. Podporuje vytrvalost, vytváří pocit bezpečí a pohody. Zvuky a hudba také způsobují pozitivní změny krevního tlaku, ovlivňují srdeční tep, a tedy i rychlost a kvalitu krevního oběhu, ale také přesné vidění, tudíž lepší psychomotoriku.

## 5.6 Cílová skupina

Muzikoterapii lze realizovat u klientů všech věkových kategorií, stejně jak u klientů postižených, nemocných nebo ohrožených, tak i u klientů intaktních. Je však potřeba brát v potaz, že muzikoterapie má i svá rizika a kontraindikace. Reakce na hudbu mohou být změněny v důsledku různé situace, např. stresu, úzkosti, vyčerpanosti apod. Vzhledem k tomu, že hudba stimuluje emoce, je kontraindikována v psychiatrii u floridních stavů (akutních psychóz) nebo u epileptiků, kterým může snadno hudba, která je nepříjemná klientovi, spustit epileptický záchvat. Podobně může zapůsobit také hudba navozující změněné stavy vědomí. Například Lipský (2010) uvádí osobní zkušenost s diagnózou muzikogenní epilepsie, jako diagnózou nevhodnou pro muzikoterapeutické působení. (Müller, 2005)

Podle Müllera (2005) existují z hlediska věku specifické muzikoterapeutické programy, které se zaměřují na jednotlivé věkové skupiny klientů. Muzikoterapie je využívána u matek v době těhotenství, dobré výsledky zaznamenává u dětí předčasně narozených, v raných, ale také pozdějších fázích vývoje dítěte. Protipólem z hlediska věku je poskytování muzikoterapie starým a umírajícím lidem. Úkolem je zvýšení kvality života. Významným faktorem v muzikoterapii je kulturní zázemí. Pro práci s klienty minoritních etnik je důležitý flexibilní přístup muzikoterapeuta, který by měl být schopen využít komunikativního charakteru hudby, který umožňuje iniciovat komunikaci a sociální vztahy na neverbální úrovni.

## 5.7 Muzikoterapeutické cíle

Muzikoterapie rozvíjí mnoho oblastí. Abychom si uměli představit rozsah možností muzikoterapeutického působení, je třeba určit si muzikoterapeutické cíle. Hlavní muzikoterapeutické cíle jsou shrnuty v knize Terapie ve speciální pedagogice (Müller, 2005) a zahrnují především oblast:

### Vnímání a pozornosti

- získávání zkušeností se smysly (hmat, sluch, zrak, rovnováha apod.),

- rozvoj narušeného senzomotorického vnímání a senzorické integrace,
- rozvoj koncentrace a rozvoj záměrné pozornosti

#### Motoriku a senzoriku

- rozvoj jemné a hrubé motoriky,
- rozvoj vizuomotorické koordinace,
- schopnosti vyjadřování pohybem

#### Emoce

- kontrola impulzivního jednání,
- práce s agresí,
- verbální a neverbální vyjadřování pocitů,
- zvyšování sebevědomí,
- vyrovnávání se se ztrátou

#### Sociální interakce

- zlepšení interpersonálních dovedností a sociálních interakcí s druhými,
- osvojování si jednotlivých sociálních rolí,
- snížení izolace,
- posilování nezávislosti,
- rozvoj sociálních vztahů,
- posilování vlastní identity,
- rozvoj schopnosti učit druhé

#### Chování

- redukce rušivého chování,
- rozvoj účelového chování,
- schopnost následování pokynů,
- zvýšení aktivního zapojení

#### Komunikace

- zlepšení expresivní složky komunikace (schopnost vyjadřovat pocity a myšlenky),

- zlepšení receptivní složky komunikace (schopnost porozumět),
- podnícení komunikace,
- rozšiřování slovní zásoby,
- rozvoj motoriky mluvidel

#### Vědomosti a školní dovednosti

- pomoc při učení (např. identifikace částí těla, dovednost počítat, rozlišování a poznávání barev, prostorová orientace),
- posilování paměťových schopností

#### Relaxace a antistresové dovednosti

- schopnost psychosomatického uvolnění,
- nácvik strategií zvládání stresu a psychické zátěže

#### Volnočasové aktivity

- účast na vhodných volnočasových aktivitách,
- rozvoj povědomí o vhodných volnočasových aktivitách,
- zvýšení kvality života,
- zábava

#### Jiné cíle

- diagnostika,
- získání náhledu nad svým chováním a prožíváním,
- rozvoj kreativity,
- posilování motivace,
- osobnostní růst,
- nácvik dovedností pro snížení bolesti

## **5.8 Muzikoterapie u osob s postižením**

Jak uvádí Lipský (2002), terapeutické účinky zvuku a hudby mají své oprávněné místo v oblasti speciální pedagogiky. Efekt vlivu hudby a jejího prožitku je dán individuálními rozdíly mezi lidmi. Neexistuje jediný a u všech stejný hudební prožitek.

Ve většině případů plní muzikoterapie u osob se specifickými potřebami roli podpůrné terapie v součinnosti s jinými terapeutickými a edukačními přístupy. Její úlohou je podle M. Hornákové (2003) zejména omezit vývojové ztráty a optimalizovat podmínky vývoje. Důležité je tedy zprostředkovat klientovi potřebné zkušenosti a podněty pro udržení integrity osobnosti. Dále je třeba přizpůsobit nároky prostředí možnostem člověka s postižením a vytvořit prostor pro nacházení jeho možností. Muzikoterapie může také podpořit identitu a integraci člověka s postižením prostřednictvím interakcí s muzikoterapeutem. Posiluje jeho schopnost orientovat se, rozumět sobě a svému prostředí, prožívat smysluplnost svého bytí, být rezistentní vůči zátěži, apod. Stěžejní je také, že může poskytnout možnost pro vytváření vlastních strategií řešení úloh, rozhodování se a přijímání zodpovědnosti za sebe i druhé. Zdůrazňuje se sebeurčení a sebeuplatnění člověka s postižením.

Burr (2003, in Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) se zmiňuje o obsahu individuálních terapeutických plánů. Uvádí nejčastěji rozvoj v oblasti senzomotoriky, komunikace, sociálních dovedností, terapii chování a pomoc při zvládání školního kurikula. Píše, že muzikoterapeut se v rámci interdisciplinární péče podílí také na diagnostice a evaluaci vývoje klienta a poskytování poradenských služeb pro rodiče, učitele a další osoby, které jsou zainteresovány v péči o osoby se specifickými potřebami.

Při práci s osobami se specifickými potřebami je třeba brát ohledy na typ a stupeň postižení. Vyplatí se využívat ve větší míře hlavně kreativní a rytmický pohyb. Klausová (in Šimanovský, 2001) popisuje skvělou odezvu na řadu muzikoterapeutických her. Např. u mentálně retardovaných dětí se osvědčily hry s rytmem a hry s bicími nástroji. U dětí se zbytky sluchu a u neslyšících se využívají terapie tancem, apod.

U každého člověka má muzikoterapie jiné účinky. To platí také o organismu tělesně postižených. Na někoho může působit uvolňujícím účinkem, v někom může vyvolávat neklid. Obecně je ovšem cílem nastolit vnitřní rovnováhu. Při muzikoterapeutickém působení nejde podle Gerlichové (in Marek, 2003) jen o vliv na somatickou složku organismu, ale hudbou se aktivují i některá mozková centra.

Uvolňují se svaly, dochází k tvorbě peptidů, které mírní bolest, dále se rozvíjí jednotlivé složky psychiky, prodlužuje se soustředěnost, zlepšuje se koordinace pohybů, zlepšuje se motorika, cvičí se smysl pro rytmus, učí se ekonomice dechu a zkvalitňuje se estetické vnímání.

## 5.9 Hudební nástroje v muzikoterapii

Otčenášek (2008) zdůrazňuje podstatu pojmu **hudební nástroj**. Ve svých tvrzeních se opírá o autory, kteří se touto specifikací zabývali (např. Irmann, 1968, Kurfürst, 1998). Podle nich se jedná vždy o předmět, který je schopen produkovat zvuk. V tomto smyslu musíme, podle Otčenáška, vyloučit z kategorie hudebních nástrojů části lidského těla, jako jsou hlasivky, rty apod. Do širší množiny přirozených (nikoliv elektronických) zdrojů zvuku patří společně s hudebními nástroji zpěv, či tleskání. Důležité je, že hudební nástroje zvuky produkují, nikoliv reprodukují. Kromě obvyklých nástrojů typu kytara, klavír nebo ozvučná dřívka, nejrozumnější bubínky a bubny apod., se používají také netradiční nástroje, o kterých lidé nemají moc velké povědomí. Patří mezi ně například kantela, lyra, citera, žaltář duochord nebo chrotta. (Beníčková, 2011)

Otčenášek (2008) dále uvádí základní akustické prvky hudebních nástrojů, mezi které patří excitátor, oscilátor a rezonátor. Excitátor, jinak také budicí element, je prvek, který bezprostředně vyvolává kmitání oscilátoru. U strunných nástrojů se může jednat o smyčec, při hraní na bongo je tímto elementem dlaň nebo prsty, dále může jít o proud vzduchu apod. Oscilátor je kmitající element, ve kterém vznikají prvotně kmity, např. struny, blána bubnu atd. Rezonátor tvoří tzv. přizpůsobující prvek, který filtruje a vyřazuje kmity oscilátoru do prostoru v podobě zvukové vlny, např. rezonanční deska, dutina nebo vzduchový sloupec.

Pokud jsou hudební nástroje vhodně zvoleny a citlivě zasazeny do procesu, zvyšují pocit úspěšnosti a sebeocenění klientů. (Müller, 2005) V aktivní muzikoterapii se proto používají spíše lehce ovladatelné rytmické, ale i melodické nástroje, prostřednictvím kterých mohou vytvářet vlastní hudbu také klienti, kteří nemají potřebné dovednosti v ovládání složitějších nástrojů. Výhodou může být také to, že tyto

nástroje lákají k prozkoumání netradičních způsobů ovládnutí, čímž podporují kreativitu klientů. V muzikoterapii receptivní záleží především na dovednostech konkrétního muzikoterapeuta. Např. v zahraničí je celkem běžné, že muzikoterapeut umí hrát na jeden i více běžných hudebních nástrojů. Nejčastěji se jedná o klavír a kytaru, dále může jít o violoncello, housle nebo flétnu. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

V terapeutickém procesu je velmi důležitý element katarze, tedy odvedení emocí, k čemuž nám hudební nástroje mohou být velmi užitečné. Nesmí ovšem jejich použití vést k chaotickým stavům. Autorky Pipeková a Vítková (2001) zmiňují fakt, že se málo hovoří o tom, proč zrovna určitý nástroj je vhodný pro pacienta. Tato myšlenka má své důvody. Nástroj funguje především jako most mezi klientem a jeho okolím. Důležité v tomto případě je, aby ho klient akceptoval. Dalším důvodem je, že nástroj často dostává funkci alter ega, nebo také pomocného Já. Klient jeho prostřednictvím může říkat např. věci, které by normálně neřekl.



## **6 Muzikoterapeutický program**

Muzikoterapie je stále častěji využívanou formou terapie v zařízeních, které poskytují své služby klientům s různým typem postižení. Pracoval jsem s klienty Jedličkova ústavu a škol v Praze, u kterých jsem v rámci vlastního muzikoterapeutického programu zaměřil se na rozvoj v oblasti motorických schopností, sociálních dovedností, sebeobslužných návyků a také na uspokojování psychických a sociálních potřeb. Skupinová terapie byla v případě této skupiny zvolena jako nejvhodnější. Její program byl sestaven na základě podrobné analýzy a sestavení nejdůležitějších cílů každého klienta. Celá koncepce byla následně volena tak, aby skupina dobře fungovala, byla přínosem pro všechny své členy a zároveň pružně reagovala právě na stanovené cíle. Všechna setkání byla plánována na délku čtyřicet pět minut.

### **6.1 Složení skupiny**

#### **Matěj**

Matěj je šestnáctiletý chlapec postižený kvadruparetickou spastickou DMO s pravostrannou převahou. Pohybuje se na elektrickém vozíku, v sebeobsluze je zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Potřebuje pomoci se všemi běžnými denními úkony – oblékáním, hygienou, stravováním atd. Matěj studuje prvním rokem střední praktickou školu v Jedličkově ústavu. V komunikaci s vychovateli je vstřícný, má ale tendenci neříkat celou pravdu nebo si vymýšlet, aby se zavděčil. Jinak je spíše uzavřený a psychicky nestabilní, doposud silně fixovaný na rodinu. Pobyt na internátu je pro něj zcela novou situací, se kterou se vnitřně hůře vyrovnává, objevili se dokonce potíže s inkontinencí. Z této skutečnosti vyplývají jeho problémy v sociálních interakcích, jeho reakce na různé situace jsou často neadekvátní a špatně se v nich orientuje. Kontakt s vrstevníky byl doposud prakticky nulový, nemá žádné koníčky, ani větší zájmy. Přesto je vstřícný k jakýmkoliv podnětům a aktivitám, ovšem s vlastním nápadem ještě nikdy nepřišel. V současné době je snaha motivovat ho pro bocciu, hru podobnou pétanque, která je pro vozíčkáře s Matějovým charakterem postižení ideálním způsobem pro

seberealizaci a sportovní vyžití. Jak jsem psal výše, Matěj má z důvodu svého postižení velmi omezený rozsah pohybů. Proto jsem se snažil během terapie zaměřit na jeho větší rozhýbání a aktivaci pohybů, která by mu dopomohla k větší samostatnosti v oblasti sebeobsluhy.

### **Michal**

Michalovi je 19 let a je, stejně jako Matěj, postižený kvadraparetickou spastickou formou DMO. Spasticita ale není tak závažná a po rovině je schopen na mechanickém vozíku samostatného pohyb. Zvládá také běžné úkony sebeobsluhy a hygieny. Dopomoc je vyžadována u přesunů z vozíku na židli nebo do postele. Michal je studentem druhého ročníku střední sociálně správní školy s maturitou v Jedličkově ústavu, kam se dostal po úspěšném zakončení dvouleté obchodní školy. Jedná se o uzavřeného chlapce, který málo komunikuje se svým okolím, s vrstevníky, ale také s vychovateli. Mezi jeho největší koníčky patří bezesporu počítač, u kterého tráví většinu času surfováním po internetu a hraním nejrůznějších her.

### **Tereza**

Sedmnáctiletá Tereza je postižena centrální levostrannou hemiparézou a studuje prvním rokem střední obchodní školu. Je starším ze dvojčat, její bratr nemá žádné postižení a Tereza se se svou situací velmi špatně vyrovnává. Ve všech běžných činnostech je zcela samostatná. Její silnou stránkou je orientace v sociálních situacích, je milá a komunikativní. Má problémy s krátkodobou pamětí, někdy se proto stane, že zapomene na schůzku nebo například na kroužek ručních prací, i přesto, že je jejím velkým koníčkem. Dalšími zálibami jsou procházky s kamarády, práce na počítači, zejména komunikace po sociálních sítích, poslech hudby a malování a vyšívání.

### **Nikola**

Nikole je sedmnáct let a studuje prvním rokem praktickou školu. Chodí do stejné třídy s Matějem a před nástupem do Jedličkova ústavu už se několikrát viděli v lázních. Nikola je postižena diparetickou spastickou formou DMO. Jedná se o milou

komunikativní dívku. Je samostatná ve všech denních činnostech, dopomoc potřebuje pouze s hygienou, konkrétně s přesuny na koupací židli nebo do vany. Mezi její koníčky patří kamarádi, práce na počítači a ruční práce. Nikola je aktivní pouze v činnostech, které jí extrémně baví. K nabízeným aktivitám, byť pro ostatní zajímavým, se staví laxe a většinou je odmítá. Necítí se být součástí jakéhokoliv kolektivu, ani třídního. Nabízené aktivity má problém přijímat od jiné osoby než od té, na kterou je fixovaná.

## **Kateřina**

Devatenáctiletá Kateřina studuje druhým rokem Katolické gymnázium v Praze. Zažádala si o ubytování na internátu v Jedličkově ústavu, protože pochází z Olomouce a každodenní dojíždění do školy by tak bylo nereálné. Kateřina je postižena kvadruparetickou spastickou formou DMO. Při většině denních činností je zcela odkázána na pomoc druhé osoby. Přesto je Kateřina zdánlivě velmi samostatná. Dokáže se sama domluvit s kýmkoliv, aby jí v aktuální situaci pomohl. Problémem je ale to, že způsob zaměstnávání lidí okolo sebe je mnohdy značně nevybíravý. Pohybuje se na elektrickém vozíku a absolvovala operace páteře, po kterých je její poloha prakticky fixní. Kateřina je i přes své postižení velmi aktivní dívka. Závodně hraje bocciu, ve své kategorii se pravidelně umísťuje na předních místech. Většinu volného času jí zabírá studium, které jí také moc baví. Dále má ráda ruční práce – vyšívání, malování, vaření apod.

## **6.2 Místnost**

Pro správné fungování terapie je důležité vhodné zázemí. Kvalitních muzikoterapeutických místností je málo a jejich vybavení je velmi drahé. Muzikoterapie se však nemusí omezovat na perfektně vybavené prostory. Pro účely mé muzikoterapie jsem využil místnosti v Jedličkově ústavu, která je také využívána jako snoezelen. Místnost je velká zhruba 5 x 6 metrů byla pro účely terapie zcela dostačující. Pro relaxaci bylo dokonce možné ji zatemnit.

Mezi vybavení patří relaxační vak, vhodný pro polohování klientů a pro celkové uvolnění, ozvučený relaxační vak, nejrůznější hudební nástroje (Orffův instrumentář,

bubny, bubínky, xylofon apod.), hi-fi věž pro reprodukovanou hudbu, lampa s barevným rotačním stínidlem a další zařízení podporující multisenzorické vnímání. Dále používám kytaru, šátky nebo například vonné tyčinky.

## 6.3 Cíle

Cílem je sestavení vhodného muzikoterapeutického programu pro zvolenou cílovou skupinu a jeho ověření v praxi. Skládá se ze šesti sezení zaměřených na různé problematické oblasti, se kterými se u této skupiny setkáváme. Problematické oblasti byly stanoveny na základě definování cílů u konkrétních klientů účastnících se terapie. U každého z nich byly nalezeny ideální cíle, tedy stav, kterého by bylo nejlepší dosáhnout. Jsou ale mnohdy tak vzdálené, že bylo třeba pro tento koncept stanovit reálné cíle, tedy dílčí body, kterých chceme docílit pomocí tohoto muzikoterapeutického programu. U každého klienta bylo zároveň vhodné nastavit jeden krátkodobý cíl, jehož naplnění by se mělo odehrát přímo v jednom ze sezení.

### Matěj

#### Ideální cíl

- kvalitní sebevyjádření a sebezprosažení
- maximální zvýšení samostatnosti vzhledem ke stupni postižení
- uplatnění vlastních představ a fantazií

#### Reálný cíl

- cítit se součástí skupiny, uvědomit si místo v kolektivu
- protažení a rozhýbání
- chápat a vnímat svoje tělo, umět se koncentrovat a soustředit

#### Krátkodobý cíl

- snaha o to, aby se Matěj alespoň jednou za terapii pokusil o aktivní vedení nějaké aktivity

## **Michal**

### Ideální cíl

- posílit kolektivní myšlení, tvořivost a spolupráci
- zkrácení doby trávené u počítače

### Reálný cíl

- práce s vlastním tělem, střídání uvolnění a napětí
- umět pracovat se svými emocemi

### Krátkodobý cíl

- vyjádřit své emoce prostřednictvím hry na nástroj

## **Tereza**

### Ideální cíl

- vnímat problémy jako součást života
- umět adekvátně vyjádřit vlastní pocity – smutek i radost
- zmírnit potíže s krátkodobou pamětí

### Reálný cíl

- rozšíření spektra aktivit, které by Terezu mohly zajímat
- umět se se svými problémy někomu svěřit a s někým se poradit
- posílení plánování a organizace vlastního času

### Krátkodobý cíl

- projevit svou kreativitu a tvořivost při tanci s šátkem

## **Nikola**

### Ideální cíl

- samostatnost ve vlastním rozhodování
- pochopit, že společně s ostatními tvoří dohromady jedinečný celek

### Reálný cíl

- přijímání nabízených aktivit od jiných lidí

- uvědomit si, že každý člověk je jiný a každá osobnost je výjimečná

#### Krátkodobý cíl

- akceptovat změnu podmínek v aktivitách během terapie

### **Kateřina**

#### Ideální cíl

- adekvátní komunikace s ostatními lidmi
- rozvoj empatie a sociálního citění

#### Reálný cíl

- umět se vžít do pocitů ostatních členů skupiny
- propojit hru na nástroj s vlastním pocitem

#### Krátkodobý cíl

- aktivní účast v diskusi o pocitech členů skupiny

## 6.4 První setkání

### Cíl

- seznámení celé skupiny
- cítit se součástí skupiny
- uvědomit si svoje místo v kolektivu
- spolupracovat s ostatními

### *Úvodní část*

#### **Počáteční rituál**

Úvodní přivítání a navázání kontaktu s klienty. Klienti jsou v kruhu a jeden po druhém jsou osloveni jménem, které je zakomponované do jednoduché melodie. Po terapeutovi oslovení zopakují také všichni účastníci.

Následuje diskuze nad aktuálními pocity členů skupiny. Tato část je vhodná pro zjištění aktuálního duševního a emočního rozpoložení každého účastníka. To se dále odráží ve výběru vhodných technik celého sezení. Úvodní rituál je zakončen písničkou Nad stádem koní. Tato písnička je vhodná zejména pro svou melodii, která je schopná příjemně naladit členy skupiny pro další aktivitu.

U počátečního rituálu je důležité, aby se pokud možno stejný opakoval na začátku každého sezení. Vytváří to pocit bezpečí a jistoty.

### *Jádro*

#### **Protažení**

Vzhledem k charakteru postižení je pro další práci s klienty jejich protažení nezbytné. Je důležité pro správné naladění a uvolnění pro další činnosti.

Klienti, dle svých fyzických možností, leží na zemi, aby se uvolnily. Asistenti s nimi cvičí protahovací cviky.

## **Kouzelné gesto**

Terapeut si s účastníky domluví nějaké gesto, které když udělá, tak všechny hudební nástroje i účastníci musí ztichnout. Každý si poté vezme hudební nástroj, který mu nejvíce vyhovuje a libovolně na něj hraje. Poté, co terapeut udělá **kouzelné gesto**, přestane. Cvičení děláme tak dlouho, dokud se nepodaří docílit úplného ticha.

Tato aktivita napomáhá rozvíjet především skupinovou kooperaci a komunikaci mezi jednotlivými členy.

## **Členové orchestru**

Všichni sedí v kruhu a terapeut posílá kolem dokola fotografii nebo obrázek orchestru. Ukazuje obrázky různých hudebních nástrojů a jejich seskupení v orchestru. Zdůrazní, že v orchestru je jedna osoba, která sice na nic nehraje, ale patří mezi nejdůležitější členy. Jakmile uhodnou, že se jedná o dirigenta, následuje další aktivita.

Jedná se o aktivitu, jejímž úkolem je, aby si klienti uvědomili, že i jedinec je součástí kolektivu.

## **Relaxace**

Prvek relaxace je do terapie začleněn za účel zklidnění a uvolnění pro předešlé aktivní činnosti. Je možné kombinovat relaxaci řízenou a neřízenou. Řízená relaxace spočívá v provázení členů terapie relaxačním procesem. Neřízená relaxace umožňuje členům větší volnost ponořit se během relaxace do vlastních myšlenek a může někdy nabízet větší uvolnění.

## **Opětovná aktivizace**

Po relaxační činnosti je důležité zpětné navrácení do běžného aktivního stavu.

Klienti sedí v kruhu. Pokud jim toto uspořádání není příjemné, mohou sedět volně rozprostřeni v prostoru. Všichni si představí, že jsou stébla trávy nebo klasy obilí a představí si, jak se asi takové obilí cítí ve větru. Všichni se podle svých schopností kývají ze strany na stranu. Po skončení může následovat debata nad tím, jak se cítí obilí a tráva, když fouká vítr.



## ***Závěrečná část***

### **Diskuze**

Před závěrečným rituálem následuje diskuse nad aktuálními pocity každého člena skupiny. Sdělení je dobrovolné. Nikdo není nucen do toho, aby se zpovídal ze svých pocitů. Diskuse se nemusí odehrávat nutně nad pocity členů skupiny. Je dána volnost sdělení, čili kdokoliv má možnost sdělit společníkům cokoliv, co mu leží na mysli nebo nemusí říkat nic. Terapeut uvede diskusi např. slovy „Je někdo, kdo by chtěl něco říci...?“

### **Závěrečný rituál**

Na závěr může terapeut zařadit nějakou písničku nebo se se všemi členy jen verbálně rozloučit. Při naší terapii se konkrétně osvědčilo rozloučení s každým členem zvlášť. Všichni sedí v kruhu a terapeut se s každým rozloučí jménem, podloženým nějakou melodií hranou na kytaru, podobně, jako je tomu u úvodního rituálu. Ostatní po něm zopakují rozloučení.

Závěrečný rituál, podobně jako rituál úvodní, je důležitý pro celkové uzavření aktuálního sezení. Vhodné je, aby se opakoval pokud možno stejný rituál.

#### **6.4.1 Závěrečné hodnocení prvního setkání**

Setkání trvalo čtyřicet pět minut, proběhlo plynule, bez jakýchkoliv komplikací. Jeho cílem bylo zejména seznámení skupiny a uvědomění si svého místa ve skupině. Tento cíl byl splněn, všichni se v průběhu jednotlivých aktivit zapojili a spolupracovali s ostatními. Zároveň se podařilo přiblížit se dosažení reálného cíle Nikoly, tedy uvědomění si, že každý člověk je jiný a každá osobnost je výjimečná.

Poměrně funkční byla technika navázání kontaktu pomocí jména zařazeného do melodie. Všichni reagovali aktivně a pozitivně, ovšem u Matěje a Michala, u kterých jsem předpokládal komunikační problémy, se zapojení neobešlo bez počátečního ostychu. Nikola měla problémy se zapojením především z důvodu neznámé aktivity (muzikoterapeutické sezení), která v ní vzbudila drobnou nervozitu. Po fázi relaxace již

byla ale celkově aktivnější a měla uvolněnější projev. Při zpívání závěrečného rituálu již všichni techniku znali a snažili se o aktivní zapojení.

Při aktivitě Kouzelné gesto si všichni poměrně rychle vybrali z Orffova instrumentáře nejpoutavější hudební nástroj. Po vysvětlení techniky společně zvolili za „kouzelné gesto“ zvednutí ruky terapeuta. Hru velmi rychle pochopili, připadala jim zábavná a vzájemně se povzbuzovali k lepší a rychlejší reakci. Přirozeným vůdcem skupiny se v tuto chvíli stala Tereza. Nikola byla pasivní, nesmála se s ostatními, nicméně svou úlohu v aktivitě plnila svědomitě.

Technika Členové orchestru nejvíce zaujala Michala. Po poskytnutí dostatku času a prostoru pro vyjádření vlastních myšlenek a názorů dokázal prezentovat velmi zajímavé postřehy. Tato aktivita poskytla všem klientům možnost, aby si uvědomili, že i jedinec bez nástroje může být tou nejdůležitější součástí kolektivu. Kolektivu, který je složen z různých skupin muzikantů, ve kterém má každé své nezastupitelné místo tak, jako v životě.

Relaxace a následná aktivizace byly u skupiny velmi dobře vnímány. Po aktivizaci jsme si povídali o tom, jak se cítí stéblo trávy a obilí ve větru. Každý klient přednesl svůj názor, aniž bych jej k tomu musel vyzvat. Plynule jsme přešli k závěrečné diskusi, kdy na otázku „Je někdo, kdo by chtěl něco říci?“ zareagovala jako první Tereza se sdělením, že jí bylo sezení velmi příjemné a že už se těší na příští. Ostatní s ní souhlasili, Matěj doplnil, že se mu nejvíce líbila aktivita Členové orchestru. Další sdělení nikdo neměl. Úvodní sezení bylo velmi příjemné a úspěšné.

## 6.5 Druhé setkání

### Cíl

- rozvoj komunikace mezi členy skupiny
- umět se vžít do pocitů druhého
- posílit kolektivní myšlení

### *Úvodní část*

#### **Počáteční rituál**

Oslovení a přivítání členů skupiny jejich jmény. Píseň Nad stádem koní.

#### **Náladoměr**

Tato aktivita je vhodná pro aktuální zjištění nálady ve skupině. Každý si před sebou představí tyč se stupnicí od nuly do deseti. Nula je u země a znamená tu nejhorší náladu. Desítka je až nahoře, kam kdo dosáhne a znamená tu nejlepší, skvělou náladu. Všichni pak, včetně lektora, zavřou oči a rukou si najdou bod na pomyslné stupnici před sebou, kde se teď momentálně nachází jejich nálada. Ve chvíli, kdy to všichni mají, otevřeme oči a hned vidíme, kdo má jakou náladu.

### *Jádro*

#### **Protažení**

Všichni mají za úkol představit si, že semínko stromu, které postupně roste a roste, až je z něj vysoký strom, který chce dosáhnout až na slunce, aby měl dostatek energie pro svůj život. Účastníci začínají ve schoulené pozici (semínko) a postupně se rozbalují a natahují, až jsou úplně napnutí s nataženými rukama nad hlavou (vysoký strom).

## **Zrcadlení pohybů**

Účastníci sedí v kruhu a jeden po druhém předvádějí nějaký pohyb. Ten, kdo sedí vedle, musí pohyb zopakovat. Nemusí se jednat o příliš složité pohyby. Lidé s těžším tělesným postižením jich nejsou ani schopni, stačí úplně například pohyb ruky, prstu na ruce nebo třeba mrknutí okem, vyplazení jazyka.

## **Komunikace hudebních nástrojů**

Účastníci si udělají dvojice a každý z nich si vybere hudební nástroj, který mu vyhovuje. Sedí v kruhu a jedna dvojice po druhé spolu komunikuje pouze prostřednictvím nástrojů, které drží v ruce. Terapeut může dát každé dvojici libovolný časový rozsah a podle situace ho upravit.

## **Relaxace**

Řízená relaxace za doprovodu vhodné hudby. Terapeut provází účastníky celým procesem, od uvolnění až po opětovné probuzení. Je třeba dát si pozor, aby se nejednalo o autogenní trénink, protože to je technika, která přesahuje rámec naší terapie. Dál je vhodné udržet pozornost, aby někdo neusnul. Relaxace se pro něj poté stane podvědomou záležitostí, což není špatně, ale následné probuzení do bdělého stavu trvá obvykle déle a může narušit chod skupiny.

## **Opětovná aktivizace**

Terapeut začne hrát písničku a snaží se o zapojení co možná největšího počtu členů skupiny. Vhodné jsou písničky, které všichni znají, např. různé lidové nebo táborové (Tři kříže, Okoř apod.).

## ***Závěrečná část***

### **Diskuse**

Opět dobrovolné povídání o aktuálních myšlenkách, o prožité terapii nebo o čemkoliv, co kdo chce říci.

## **Závěrečný rituál**

Všichni sedí v kruhu a terapeut se s každým rozloučí jménem, podloženým nějakou melodií hranou na kytaru, podobně, jako je tomu u úvodního rituálu. Ostatní po něm zopakují rozloučení.

### **6.5.1 Závěrečné hodnocení druhého setkání**

Setkání trvalo čtyřicet minut a proběhlo plynule. Toto sezení jsme po počátečním rituálu zahájili jednoduchou a krátkou aktivitou Náladoměr. Nálada všech byla poměrně vysoko, například Nikola, u které jsem předpokládal spíše nezáměr, měla ruce úplně nahoře a uvedla, že se na setkání velmi těšila. Následovalo protažení, na které byl přechod z této aktivity plynulý a přirozený. Hra na semínko stromu se klientům velmi líbila. Matěj byl tento den více spastický, proto nebyl schopen se dobře schoulit do klubíčka, i když to obvykle dokáže. Jeho počáteční pozice byla proto na boku, s pokrčenýma nohama. Za pomoci asistentky ale nakonec došlo k příjemnému protažení i u něho.

Aktivita zrcadlení pohybů byla úspěšná a klienty velmi bavila. Klienti s těžším postižením předváděli jednoduché pohyby, Matěj dokonce zapojil i mimiku. Ostatní klienti se jim přizpůsobovali a i své pohyby vybírali tak, aby je ostatní mohli v rámci svých motorických schopností zrcadlit. U komunikace na hudební nástroje nastal problém, protože Michal nechtěl komunikovat. Tato aktivita neměla takový úspěch, jak jsem čekal, ani u ostatních členů skupiny. Komunikace se prakticky nerozvinula ani ve dvojici terapeut - klient. Tuto aktivitu jsme tedy opustili dříve, než bylo v plánu.

Pro relaxaci byla zvolena hudba se zvuky lesa, navázali jsme tak na úvodní protažení. U Matěje bylo zřetelně viditelné uvolnění spasmů celého těla, v polohovacím vaku se prakticky vytratilo jakékoliv napětí. Tereza během relaxace třikrát změnila polohu a bylo patrné, že zvuky s tím spojené nejsou ostatním členům skupiny příjemné a že je při relaxaci ruší. V příští relaxaci bude vhodnější poskytnout i Tereze polohovací vak. V diskusi po závěrečném rituálu jsme si povídali o tom, jaké to asi je, být stromem, a jak se při této aktivitě cítili.

Stěžejním cílem sezení bylo zlepšit komunikaci mezi jednotlivými členy skupiny a umět se vžít do pocitů druhého. I když se aktivita Komunikace na hudební nástroje příliš nepodařila, cíl byl podle mého názoru naplněn právě aktivitou předchozí, při níž byly reakce všech členů skupiny nad mé očekávání. Velmi mne překvapilo, že dokázali vybírat pohyby tak, aby je jejich komunikační partner měl možnost zopakovat. Jak jsem již zmínil, Matěj zapojil dokonce i mimiku. To se ostatním klientům natolik zalíbilo, že ji začali také ve větší míře využívat. Dokázali se tak vžít do pocitů druhého, čímž naplnili i druhý cíl sezení. Třetím, dílčím cílem, bylo posílit kolektivní myšlení celé skupiny. To se projevilo až při závěrečné diskusi, kdy si vyměňovali poznatky o svých zážitcích a pocitech.

## 6.6 Třetí setkání

### Cíl

- rozvoj vzájemné interakce
- vnímat problém jako součást života
- vyjádřit své vlastní pocity

### *Úvodní část*

#### **Počáteční rituál**

Oslovení a přivítání členů skupiny jejich jmény. Píseň Nad stádem koní.

#### **Náladoměr**

Všichni včetně lektora zavřou oči a rukou si najdou bod na pomyslné stupnici před sebou, kde se teď momentálně nachází jejich nálada. Ve chvíli, kdy to všichni mají, otevřeme oči a hned vidíme, kdo má jakou náladu.

### *Jádro*

#### **Protažení**

Tentokrát jsem na protažení zvolil techniku zvanou Tančící ruce. Technika napodobuje tanec orientálních tanečnic, které umějí tančit jednotlivými partiemi těla – rukama, nohama, kotníky nebo jen pánví. Toto umění bylo následně dovedené k dokonalosti ve starém japonském divadle. Účastníci si mohou, vzhledem ke svým pohybovým možnostem, vyzkoušet tančit různými partiemi těla. Tato technika nám umožňuje lepší uvědomění těchto částí, uvolnění a důkladné protažení celého těla.

#### **Oživlé šátky**

Každý dostane do ruky šátek jiné barvy. Představíme si, že hudba, kterou hraje terapeut na kytaru, dává šátkům možnost si mezi sebou povídat. Během hry se tedy

šátky v místnosti setkávají a v rytmu hudby spolu komunikují. Aktivita připomíná hru s maňásky, šátky by měly vést „dialog“ a v pohybech se střídat.

### **Rozveselíme medvěda**

Každý si vybere jeden hudební nástroj a zahraje nejprve, jak si představuje smutnou náladu, a poté veselou náladu. Toto postupně zahrají všichni členové v kruhu.

Součástí této aktivity může být diskuse o tom, „co tě rozveselí?“ nebo „myslíš si, že všichni lidé mají špatnou náladu nebo naopak dobrou“ apod.

### **Relaxace**

Neřízená relaxace na vhodnou hudbu, tentokrát hudbu Roberta Jíši z alba Znamení zvěrokruhu – Scorpio. Účastníkům byl ponechán prostor na rozvinutí svých vlastních myšlenek.

### **Opětovná aktivace**

Opětovná aktivace proběhla nejprve technikou Probouzení s hudbou. V této technice jsou účastníci pozvolna probouzeni pomocí tichých melodií hraných na kytaru, které postupně zesilují a přecházejí do hraní konkrétní písničky. Tuto písničku si mohou účastníci začít společně zpívat, pokud se jejich tělo a mysl již dostatečně probudily.

### ***Závěrečná část***

#### **Diskuse**

Dobrovolné povídání o aktuálních myšlenkách, o prožité terapii nebo o čemkoliv, co kdo chce říci.

#### **Závěrečný rituál**

Všichni sedí v kruhu a terapeut se s každým rozloučí jménem, podloženým nějakou melodií hranou na kytaru, podobně, jako je tomu u úvodního rituálu. Ostatní po něm zopakují rozloučení.



### **6.6.1 Závěrečné hodnocení třetího setkání**

Třetí sezení trvalo čtyřicet pět minut a proběhlo zcela plynule. Jediným problémem bylo zapojení Nikoly po změně výchozí situace v aktivitě, jak bude popsáno níže. Po úvodním rituálu následovalo protažení celého těla po jednotlivých částech. Každý se nejprve snažil podle svých možností, Kateřině a Matějovi pak s pohybem rukou a nohou pomohla asistentka a podařilo se jim tedy protáhnout si celé tělo alespoň pasivně.

V jádru sezení jsem se pokusil navázat na předchozí sezení a na neúspěšnou Komunikaci pomocí nástrojů, aby bylo možné dále pracovat na rozvoji vzájemné interakce. Zvolil jsem jinou, podle mého názoru přirozenější aktivitu - Oživlé šátky. Tato aktivita je méně náročná na vcítění se do objektu, v tomto případě totiž žádnou hudbu nevytváří, ale pouze na ní reagují pohybem šátku. Tato varianta se ukázala jako účinná a ve skupině velmi dobře fungovala. Nejvíce se líbila Tereze, která zde projevila smysl pro improvizaci. Její krátkodobý cíl byl splněn. Naopak Nikola naprosto přerušila svou činnost (a již na ní nedokázala v této aktivitě navázat), když jsem jí vyměnil uprostřed aktivity červený šátek za modrý. Do konce cvičení s ním nepohybovala, pouze ho nehnutě držela ve vzduchu. V závěrečné diskusi byla ale pozitivní a k tomuto bodu se nevrátila.

V aktivitě „Rozveselme medvěda“ se dokázali všichni velmi pěkně zapojit při společné práci a při vyjádření zadaného pocitu. Michalovi a Kateřině se ale vůbec nedařilo ve chvíli, kdy měli na nástroj vyjádřit vlastní aktuální pocity. V následné diskusi je ale uměli oba přesně pojmenovat. Při hře na nástroje a hraní různých nálad jsme si vysvětlovali, že žádná není pro člověka špatná ani dobrá, že reagují na aktuální stav člověka a všechny pocity jsou správné a v pořádku. I špatné nálady jsou tedy nedělitelnou součástí člověka. Cíle sezení byly tedy v tomto bodě splněny.

Při relaxaci Kateřina na pár minut usnula. Tomuto je lepší se při terapii vyvarovat, blok by měl sloužit k uvolnění, utřídění vlastních myšlenek a odpočínutí. Ve chvíli, kdy klient usne, vnímá hudbu podvědomě a navíc je obtížnější opětovná aktivizace. U Kateřiny ale netrvala tak dlouho a relaxace nakonec splnila svůj účel.

## 6.7 Čtvrté setkání

### Cíl

- rozvíjení vzájemné komunikace
- posílení sebedůvěry a sebevědomí
- každý člověk je jedinečný

### *Úvodní část*

#### **Počáteční rituál**

Oslovení a přivítání členů skupiny jejich jmény. Píseň Nad stádem koní.

#### **Náladoměr**

Všichni včetně lektora zavřou oči a rukou si najdou bod na pomyslné stupnici před sebou, kde se teď momentálně nachází jejich nálada. Ve chvíli, kdy to všichni mají, otevřeme oči a hned vidíme, kdo má jakou náladu.

### *Jádro*

#### **Protažení**

Klienti leží na zemi, aby se uvolnili. Asistenti s nimi cvičí protahovací cviky. Poté následuje hra, kdy jeden vedoucí člen skupiny předstoupí. V ruce drží hedvábný šátek, se kterým provádí různé pohyby. Ostatní členové skupiny se podle pohybů šátku pokouší tyto pohyby opakovat vlastním tělem. Důležité je, aby všichni ostatní na osobu se šátkem dobře viděli. Tuto aktivitu lze obměnit tím, že ostatní členové skupiny doplňují pohyby šátku zvuky, které mohou vyjadřovat jejich pocit z charakteru pohybu šátku.

#### **Improvizace na hudební nástroj**

Do prostoru místnosti jsou umístěny hudební nástroje (tamburína, ozvučná dřívka, chřestítka, xylofon atd.). Terapeut začne hrát jednoduchou melodii na některý nástroj,

např. na kytaru nebo na klavír. Pozoruje, zda se nějaký z účastníků chopí nástroje a začne na hranou melodii improvizovat. Je důležité sledovat nejen, zda se nějaký účastník ujme improvizace na nástroj, ale také na který nástroj se rozhodl improvizovat a jak.

### **Hrajeme své jméno**

Všichni sedí v kruhu. Uprostřed něj jsou různé hudební nástroje. Každý ze členů skupiny si vymyslí ke svému jménu přívlastek pozitivního charakteru, např. svědomitý Jirka. Jeden po druhém říká své jméno s pozitivním přívlastkem a zároveň se jej snaží zrytmizovat na hudební nástroj, který si vybral. Po zahrání vrací nástroj zpět doprostřed kruhu. Ostatní opakují a přitom se snaží vytleskávat rytmus.

### **Relaxace**

Pro neřízenou relaxaci byla zvolena varianta multisenzoriálního prožitku. Jedním z nich jsou barevná světla, kterými je místnost vybavena. Byla nastavena tak, aby nerotovala, pouze osvětlovala staticky místnost čtyřmi různými barvami. Využity byly ještě vonné tyčinky, aby byl podpořen prožitek z dané situace.

### **Opětovná aktivace**

Pro opětovnou aktivaci účastníků jsem použil techniku, která se osvědčila minulé sezení – Probouzení s hudbou, spojenou s přechodem do písň Holubí dům.

### ***Závěrečná část***

#### **Diskuse**

Opět dobrovolné povídání o aktuálních myšlenkách, o prožité terapii nebo o čemkoliv, co kdo chce říci.

## **Závěrečný rituál**

Všichni sedí v kruhu a terapeut se s každým rozloučí jménem, podloženým nějakou melodií hranou na kytaru, podobně, jako je tomu u úvodního rituálu. Ostatní po něm zopakují rozloučení.

### **6.7.1 Závěrečné hodnocení čtvrtého setkání**

Čtvrté setkání trvalo čtyřicet pět minut a proběhlo zcela bez problémů. Velmi pozitivní byl začátek sezení, kdy se Matěj ujal vůdčí role v protažení. Nová role se mu velmi líbila, se šátkem se snažil o co největší rozsah pohybů, aby ostatní pořádně vytáhli do stran. Skupina na něj velmi dobře reagovala.

Následovala aktivita, ve které se více než jindy zrcadlilo sebevědomí a sebedůvěra klientů. Uprostřed místnosti byla rozložena široká nabídka nástrojů. Při hře na kytaru a zpěvu známé písničky se mohl kdokoli připojit se kterýmkoliv nástrojem, který si vybere. Klienti si zpívali písničku, ale trvalo poměrně dlouho, než obrátili pozornost také k instrumentáři. Jako první si vybrala Tereza, poté ji následovali i ostatní. Časová prodleva mezi začátkem písničky a výběrem prvního nástroje se objevila zejména proto, že bylo zcela dobrovolné se ke hře připojit. Vyžadovalo tedy jistou sebedůvěru vybrat si nástroj a připojit se ke hraní.

U instrumentáře jsme zůstali i při další aktivitě Hrajeme své jméno. Kateřině a Nikole trvalo déle, než se jim podařilo vymyslet nějaké pozitivní přízvisko. Kateřině dokonce poradil někdo ze skupiny slovo „pilná“ a i když jsem se snažil přimět ji k vlastnímu nápadu, nechtěla „pilnou Kateřinu“ opustit. Jinak hra proběhla hladce, všichni se aktivně zapojili.

Velmi úspěšná byla relaxace, protože způsob, jakým byla provedena, byl nový. Na spojení barevných světél v jinak zatemněné místnosti a vonných tyčinek reagovali všichni klienti velmi pozitivně. Podněty pro zapojení více smyslů byly nakonec velmi účinným prostředkem pro uvolnění.

V závěrečné diskusi všichni hodnotili relaxaci velmi pozitivně. Kateřina si také vzpomněla na Matějovo protažení v úvodu a pochválila mu jeho aktivitu.

## 6.8 Páté setkání

### Cíl

- uvědomění si vlastního těla
- vnímání zvuků vlastního těla
- prožití polohy těla v prostoru

### *Úvodní část*

#### **Počáteční rituál**

Oslovení a přivítání členů skupiny jejich jmény. Píseň Nad stádem koní.

#### **Náladoměr**

Všichni včetně lektora zavřou oči a rukou si najdou bod na pomyslné stupnici před sebou, kde se teď momentálně nachází jejich nálada. Ve chvíli, kdy to všichni mají, otevřeme oči a hned vidíme, kdo má jakou náladu.

### *Jádro*

#### **Protažení**

*Tančící ruce* - účastníci, vzhledem ke svým pohybovým možnostem, vyzkoušet tančit různými partiemi těla. Tato technika nám umožňuje lepší uvědomění těchto částí, uvolnění a důkladné protažení celého těla.

#### **Hrajeme na tělo**

Všichni jsou v sedu (na vozíku, na židli) a mají za úkol prozkoumat, jaké různé zvuky vydává naše tělo. Terapeut dá prostor, aby se členové s ostatními podělili o své poznatky, a poté si všichni své zvuky vyzkoušejí (tleskání, dupání, pískání, mlaskání, broukání atd.). Tam, kde pohybové možnosti jedince nestačí, mohou dopomoci asistenti.

## **Zpívání písní**

Tato aktivita volně navazuje na aktivitu předchozí. V jejímž závěru klienti převedli techniku hraní na tělo do praxe za doprovodu kytary a zpěvu písničky.

## **Relaxace**

*Relaxace segmentová.* Jedná se o starou čínskou metodu, kterou lze s klidnou hudbou použít prakticky kdekoliv. Každý si rozdělí tělo na tři části (segmenty). První zahrnuje hlavu a krk až k ramenům, druhá hrudník a břicho až ke kyčlím a obě paže od ramen k prstům, třetí část zahrnuje dolní polovinu těla od kyčlí až po prsty na nohou. Uvolňujeme se tak pozvolna, na tři fáze.

## **Opětovná aktivace**

Probouzení s hudbou, spojenou s přechodem do písně Holubí dům.

## ***Závěrečná část***

### **Diskuse**

Dobrovolné povídání o aktuálních myšlenkách, o prožité terapii nebo o čemkoliv, co kdo chce říci.

### **Závěrečný rituál**

Všichni sedí v kruhu a terapeut se s každým rozloučí jménem, podloženým nějakou melodií hranou na kytaru, podobně, jako je tomu u úvodního rituálu. Ostatní po něm zopakují rozloučení.

## **6.8.1 Závěrečné hodnocení pátého setkání**

Setkání trvalo třicet pět minut, proběhlo bez problémů. Začali jsme Náladoměrem, aktuální rozpoložení všech účastníků bylo velmi pozitivní. Jako protažení byla zvolena

technika Tančících rukou, kdy Michal požádal asistentku, aby mu pomohla tančit nohama. To motivovalo i ostatní účastníky k zapojení dalších částí těla.

Všem se velmi líbila technika, při které objevovali, jaké zvuky může vydávat jejich vlastní tělo. Rychle přišli na tleskání a mlaskání, vyzkoušeli ale také plácání do stehů, dupání, pískání, bušení pěstmi apod. Z počátku aktivity byl patrný ostych, nikomu se do zkoušení zvuků příliš nechtělo. Poměrně rychle se ale zapojili, a když na své tělo vydávala zvuky celá skupina najednou, například Tereza se velmi uvolnila a vymýšlela stále nové a nové varianty.

Velký úspěch měla také technika Segmentové relaxace, která výrazně podpořila vnímání vlastního těla na podložce. Tato aktivita u všech klientů splnila jeden z cílů sezení – prožití polohy vlastního těla v prostoru.

Při diskusi mluvili o svých pocitech výjimečně všichni. Při většině cvičení se klienti cítili dobře a uvolněně. Michal se ale svěřil s nepříjemným pocitem, kdy ostatní čekali, jaký zvuk dokáže vydat na své tělo.

## 6.9 Šesté setkání

### Cíl

- posílení vztahu k rodičům
- rozvoj komunikace
- uplatnění hudební kreativity a fantazie

### *Úvodní část*

#### **Počáteční rituál**

Oslovení a přivítání členů skupiny jejich jmény. Píseň Nad stádem koní.

#### **Náladoměr**

Všichni včetně lektora zavřou oči a rukou si najdou bod na pomyslné stupnici před sebou, kde se teď momentálně nachází jejich nálada. Ve chvíli, kdy to všichni mají, otevřeme oči a hned vidíme, kdo má jakou náladu.

### *Jádro*

#### **Protažení**

Všichni mají za úkol představit si, že semínko stromu, které postupně roste a roste, až je z něj vysoký strom, který chce dosáhnout až na slunce, aby měl dostatek energie pro svůj život. Účastníci začínají ve schoulené pozici (semínko) a postupně se rozbalují a natahují, až jsou úplně napnutí s nataženýma rukama nad hlavou (vysoký strom).

#### **Moje maminka**

Každý postupně na hudební nástroj zahraje, jaká může být maminka (přísná – silné údery bubínku, upovídaná – rychlé údery dřívce, tajemná – cinknutí trianglu, něžná – lehké tóny trianglu, veselá – činely atd.).

Dále členové hrají, jaký může být tatínek.



## **Rytmické hádanky**

Vedoucí hry vytleskává nebo na obrácený kbelík, buben vytukává známou písničku, jako by jí zpíval, a zdůrazňuje přitom akcenty v textu. Když skončil, ostatní hádají, o kterou písničku jde. Ten, kdo uhádl, poté zadává další hádanku.

## **Relaxace**

Neřízená relaxace na hudbu Paula Sauvaneta Tropic.

## **Opětovná aktivace**

Probouzení s hudbou, spojenou s přechodem do písně Holubí dům.

## ***Závěrečná část***

### **Diskuse**

Dobrovolné povídání o aktuálních myšlenkách, o prožité terapii nebo o čemkoliv, co kdo chce říci.

### **Závěrečný rituál**

Všichni sedí v kruhu a terapeut se s každým rozloučí jménem, podloženým nějakou melodií hranou na kytaru, podobně, jako je tomu u úvodního rituálu. Ostatní po něm zopakují rozloučení.

## **6.9.1 Závěrečné hodnocení šestého setkání**

Poslední sezení trvalo padesát minut, proběhlo bez potíží. Na úvod jsem jako protažení využil již známou techniku hry na semínko. Všichni se snažili „růst stromu“ skutečně prožít. Skupina byla velmi dobře naladěna, klienti se těšili na nové aktivity.

Začali jsme hrou Moje maminka, která ovšem některým zejména ze začátku činila problémy. Bylo pro ně obtížné přiřadit vlastnosti maminky k hudebnímu projevu. Až po

názorném předvedení typů maminčiných povah na různé typy nástrojů, začali se správně zapojovat. Při hraní tatínkových nálad již vše probíhalo bez problémů.

U rytmických hádanek se atmosféra již zcela uvolnila a všichni se velmi bavili. Někteří klienti pak dokonce v roli bubeníka vytukávali písničky, které jsem neznal. Vždy ale alespoň někdo název uhodl a ani jednou se tak nestalo, že by hra skončila v mrtvém bodě. Ukázalo se, že všichni klienti mají podobný hudební vkus.

Jako relaxaci jsem zvolil vzhledem k intenzitě předchozích úloh volnou relaxaci s hudbou. V závěrečné diskusi vyjádřila většina lítost nad tím, že se jednalo o poslední setkání skupiny a měli tendenci hodnotit spíše celý program, než poslední sezení. Všechny reakce ale byly výrazně pozitivní.

## 7 Zhodnocení muzikoterapeutického programu

Muzikoterapeutický program byl sestaven tak, aby co nejvíce reagoval na stanovené cíle všech klientů, kteří se ho účastnili. U každého z nich byly stanoveny tři kategorie cílů. Ideální, které představují stav, ke kterému by bylo nejlepší se přiblížit. Celkové naplnění ale není během šesti sezení možné. Proto byly formulovány reálné cíle, které se ideálním blíží a jsou jakýmsi jejich předstupněm. Jejich zvládnutí bylo úkolem muzikoterapeutického programu. Zvlášť byl pak ještě u každého klienta stanoven krátkodobý cíl, ke kterému jsem dospěl až po sestavení celého programu. Vzhledem k tomu, že jsem se s klienty seznámil měsíc před prvním sezením, určil jsem každému z nich právě tento krátkodobý cíl představující první krok v překračování vlastních hranic a dosahování cílů ideálních.

U Matěje se podařilo naplnit všechny tři reálné cíle. Již v prvním setkání, kdy se začal s ostatními klienty lépe poznávat, se začal cítit jako nedílná součást této skupiny. Velmi dobře si uvědomoval, že každý z nich má v tomto kolektivu zcela nezastupitelné místo. Velmi se také snažil při všech pohybových aktivitách. U všech her, kterým dobře rozuměl a od začátku se zcela orientoval v jejich zadání, byl velmi aktivní a snaživý, což je pro něho neobvyklé. V této skupině se cítil bezpečně a dokázal se v ní naplno projevit. Díky tomuto faktu se přiblížil i svému ideálnímu cíli – kvalitnímu sebevyjádření a sebeprosazení. Zejména díky relaxačním blokům a úvodním protažením se také podařilo podpořit Matějovo vnímání vlastního těla, které se naučil více chápat. Krátkodobý cíl, aby se Matěj alespoň jednou pokusil o aktivní vedení, byl naplněn při protažení ve čtvrtém setkání. Všechny nově nabyté poznatky, schopnost sebeprosazení a pocit sounáležitosti s jakoukoliv skupinou, do které patří, by bylo ale třeba podpořit dalším blokem skupinových terapií. Matěj je velmi dobře vnímá a technikám je otevřený, potřebuje ale delší čas.

I u Michala se podařilo přiblížit se jednomu z ideálních cílů, kterým bylo posílení kolektivního myšlení, tvořivosti a spolupráce. Michal byl před terapií samotář, příliš nevyhledával žádné aktivity, většinu svého času trávil u počítače. Terapie se staly jednou z jeho preferovaných aktivit a v kolektivu velmi dobře pracoval. Reálný cíl

týkající se práce s vlastním tělem byl naplněn částečně. Při některých relaxacích a protahováních, kdy byl pro vnímání těla prostor, nebyla jeho snaha nijak výrazná. Jindy ale pracoval výborně. Michal se ale naučil dobře vnímat vlastní emoce. Zejména, když se uvolnil (například při hře na buben), byl patrný nával emocí, kterým se mu podařilo dát volný průchod. Ve třetím setkání během hry „Rozveselíme medvěda“ se mu také podařilo vyjádřit své emoce hrou na nástroj. U Michala by byla nadále vhodná skupinová i individuální terapie, která by měla být zaměřena na práci s emocemi.

Tereze se podařilo uvědomit si, že všichni lidé mají své problémy a tuto skutečnost v terapii prožít. V jedné z diskuzí jsme dospěli k závěru, že pro každého jsou různé problémy různě důležité. Je tedy třeba s nimi pracovat a vnímat potřeby druhých. Tyto myšlenky přijala Tereza za vlastní a nebála se svěřovat se svými pocity na koncích sezení. Muzikoterapii si velmi oblíbila, začala se zajímat o hru na nástroj a jednou se snažila zorganizovat pro ostatní zpívání s kytarou. Nepodařilo se ale naplnit cíl týkající se posílení plánování a organizace vlastního času, bylo by třeba konkrétně pro tento cíl zařadit vhodnější aktivity. Ve třetím setkání naplnila krátkodobý cíl a projevila svou kreativitu při tanci s šátkem. I u této dívky by bylo vhodné pokračovat skupinovou terapií, zaměřenou na vyjádření emocí a vyrovnání se s vlastními problémy.

U Nikoly se mírně zlepšilo přijímání nových aktivit. Každé hře musela ale předem velmi dobře porozumět a bylo tedy třeba si toto porozumění vždy ověřit, aby Nikola pracovala správně. Ve chvíli, kdy se při aktivitě změnily podmínky (např. výměna šátku za jinou barvu), dále nepokračovala. Reálný cíl týkající se přijímání nových aktivit od jiných lidí byl tedy splněn jen částečně a za předem jasné daných podmínek. Krátkodobý cíl splněn nebyl. Podařilo se jí ale začít vnímat ostatní členy skupiny jako jedinečné osobnosti a akceptovat jejich názory a preference. Naučila se, že každý člověk je jiný a že je třeba jej tak přijímat. Dále by byla vhodná skupinová terapie, která by byla dále zaměřena na ideální cíle.

Na Kateřinu velmi dobře působilo bezpečné a uzavřené prostředí terapeutické skupiny. Naučila se s ostatními diskutovat o jejich pocitech a svěřovat se se svými. Nejsem si jist, zda se do jejich pocitů ale dokázala vžít, reálný cíl byl tedy splněn částečně. Krátkodobý cíl byl splněn. Druhý z reálných cílů byl orientován také na

pocity, tentokrát bylo ale záměrem propojit jejich vnímání s hrou na nástroj. Aktivita zaměřená na tuto oblast „Komunikace hudebních nástrojů“ nefungovala, neměla tedy na výsledek žádný vliv. Přesto byl cíl splněn, při dalších hrách, kdy bylo vyjadřování vlastních pocitů a volný průchod emocí být pouze součástí pracovala výborně, dokázala je skutečně prožít. Vhodné by bylo dále pokračovat ve skupinové muzikoterapii. Doporučil bych i další druhy expresivních terapií, například rozvoj komunikace, empatie a sociálního citění by byl zajisté vhodným prvkem pro dramaterapii.

V průběhu terapie jsem došel k závěru, že v takovéto skupině klientů je vždy třeba volit aktivity, kde je úkol přesně zadáný a míra improvizace není ve cvičení stěžejní. Schopnost improvizovat je u klientů s DMO často omezenější, než u intaktní populace a navíc jim často chybí širší sociální zkušenosti, které jsou jejím základem. S tím často souvisí i schopnost samostatného vyjadřování. Diskusi na konci prvního sezení jsem nechal otevřenou, nikdo se do ní ale nezapojil. Až po chvíli ticha jsem se rozhodl klást otázky typu „Při které aktivitě jste se cítili nejlépe?“ a diskuse po počátečních nepříjemných rozpacích nebyla příliš dlouhá a působila spíše jako vyptávání. Ve druhém sezení jsem tento blok zahájil rovnou cílenými otázkami, což se osvědčilo.

Velikost skupiny byla optimální, velmi dobře fungovala jako celek. Osvědčilo se mi také nezahlcovat klienty větším množstvím her, spíše dát více prostoru pro přechody mezi jednotlivými aktivitami. Jeden asistent byl vzhledem k podmínkám a počtu účastníků dostačující. Klienty podle očekávání velmi bavila aktivita „Zpívání písniček“, která ovšem přišla bohužel až v pátém sezení. Kdybych ji zařadil dříve, bylo by možné ji alespoň krátce zopakovat ve více setkáních.

Program měl pro všechny klienty zajisté velký přínos. Velmi dobře se poměrně krátce po příchodu d zcela nového prostředí seznámili a důvěřovali si. I nyní mají mezi sebou hezké vztahy přes to, že nenavštěvují stejné třídy. To v tomto zařízení není obvyklé. Podařilo se také naplnit většinu stanovených cílů. Muzikoterapie byla pro klienty zcela novou zkušeností a všichni na ní dobře reagovali. Program se pro tuto skupinu osvědčil jako vhodný.

## 8 Závěr

Hudba svou melodičností, rytmičností a emotivitou podporuje spontánnost a otevírá možnosti k vytvoření postojů a nálad, které často nejsou verbálně vyjádřitelné. Nabízí prostor k odreagování a uvolnění psychického napětí. Muzikoterapie je pro proniknutí hudby až k nitru člověka otevřenou cestou. Stát se průvodcem po této cestě není ale nijak snadné. Pro kvalitní a skutečně kvalifikovaný výkon tohoto povolání je třeba nejen vhodných osobnostních rysů a kompetencí, je také důležité absolvovat náležité kurzy a výcviky. Jedním z nich je i několikaletý sebezkušenostní výcvik, díky kterému získává terapeut reflexi vlastní práce a hlavně představu o tom, jak klienti jeho práci vnímají. Získat tento cenný vhled a předem odhadnout reakci na jednotlivá cvičení se mi tedy vždy nepodařilo a stalo se tak, že klienti na jednu z aktivit nereagovali správně a neměla pro ně tudíž žádný význam. Překvapilo mne ale, jak pozitivní si k pravidelným sezením vytvořili všichni studenti vztah. Velmi mne potěšila přátelská, klidná a mírná atmosféra, která mezi nás při prvním sezení přišla a při každé další terapii se utvořila již od samého začátku.

Muzikoterapie je mladý obor s velmi dynamickým rozvojem a některá zásadní fakta se tak velmi rychle mění. Důležitá je proto aktuálnost studované literatury. Pro zpracování tohoto tématu je dostupné adekvátní množství kvalitních publikací, ve své práci jsem se opíral především o publikaci *Základy muzikoterapie* autorů Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009). Využil jsem také poznatků z přednášek a osobních konzultací s muzikoterapeutem Matějem Lipským. Čeští odborníci a muzikoterapeuti získávají informace o současných trendech a nových poznatcích zejména prostřednictvím Americké muzikoterapeutické asociace (AMTA), jejichž portál pro mne byl dalším zdrojem zajímavých dat.

Díky těmto pramenům bylo možné vytvořit aktuální a strukturovaný přehled poznatků o muzikoterapii a jejích příbuzných oblastech, na jejichž základě byl sestaven muzikoterapeutický program pro mládež s tělesným a kombinovaným postižením. Tento koncept může být vhodnou metodologií pro speciální pedagogy i muzikoterapeuty, působící v zařízeních a organizacích věnujících se právě této cílové

skupině. Program byl ověřen v praxi a ze závěrů vyplývá, že pro dané terapeutické záměry je u dospívajících klientů s tělesným a kombinovaným postižením vhodný a jeví se jako funkční. Hlavní i dílčí cíle práce tedy byly splněny.

## 9 Literatura

ATKINSON, R., L. *Psychologie*. 2. aktualiz. vydání. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3

BENÍČKOVÁ, M. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vydání. Praha : Grada, 2011. 160 s. ISBN 978-80-247-3520-7

FISHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vydání, Praha : Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0

FRANĚK, M. *Hudební psychologie*. 1. vydání, Praha : Karolinum, 2007. 238 s. ISBN 978-80-246-0965-2

HALPERN, S., LINGERMAN, H., A. *Muzikoterapie : Léčivá síla hudby*. 1. vydání. Bratislava : Eso-konzult, 2005, 194 s. ISBN 80-8079-044-2

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. 1. vydání. Bratislava : Občianske združenie sociálna práca. 2003. 133 s. ISBN 80-968927-6-2

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vydání, Praha : Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vydání, Praha : Grada, 2009. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 1995. 329 s. ISBN 80-85824-20-5

LEPIL, O. *Fyzika pro gymnázia*. dotisk 2. vydání, Praha : Prometheus, 2000. 135 s. ISBN 80-7196-087-X

LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria, 1997. 155 s. ISBN 80-901834-4-1



LIPSKÝ, M. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*. Speciální pedagogika, 2002, roč. 12, č. 3, s. 170-171. ISSN 1211 – 2720

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. 1. vydání, Praha : Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6

MAREK, V. *Hudba jinak*. Praha : Eminent, 2003. 184 s. ISBN 80-7281-125-8

MARTINEAU, J. *Tajemství hudby*. 1. vydání, Praha : Dokořán, 2012. 68 s. ISBN 978-80-7363-394-3

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vydání, Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3

MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vydání, Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 289 s. 2004. ISBN 80-244-0231-9

OTČENÁŠEK, Z. *O subjektivním hodnocení zvuku*. 1. vydání, Praha: Akademie múzických umění, 2008. 141 s. ISBN 978-80-7331-113-1

PAVLATOVÁ, E. *Život napodruhé*. 1. vydání, Praha : Fragment, 1996. 112 s. ISBN 80-7200-075-6

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání, Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 2. vydání, Praha : Portál, 2001. 246 s. ISBN 80-7178-557-1

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie v pomáhajících profesích*. 4. vydání, Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené vydání, Brno : Paido, 2006. 301 s. ISBN 80-7315-134-0

VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 3. rozšířené vydání, Praha : Maxdorf, 1995. 409 s. ISBN 80-85800-27-6

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha : Portál, 2007. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9

## 9.1 Elektronické zdroje

AMTA; AdvancedCompeticies [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.musictherapy.org/members/advancedcomp/>>.

KROHE, P.; *Muzikoterapie a fonoforéza* [online]. [cit. 2011-10-13]. Dostupný z WWW: <[http://www.celostniterapie.cz/?page\\_id=55](http://www.celostniterapie.cz/?page_id=55)>.

PROCHÁZKA, T.; *Re: Dotaz* [elektronická pošta]. Message to: Procházka Tomáš. 27 Oct 2009 [cit. 2010-05-20]. Osobní komunikace.

KANTOR, J.; *Re: Dotaz* [elektronická pošta]. Message to: Kantor Jiří. 9 Jun 2010 [cit. 2010-06-10]. Osobní komunikace.

ŠRAMLOVÁ, L.; *Alikvotní zpěv a některé jeho léčebné účinky* [online]. 2007. [cit. 2012-01-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.muzikoterapie.cz/clanky/sramlova-l-2007-alikvotni-zpev-a-nektere-jeho-lecebne-ucinky>>

## 9.2 Sazba a forma citace

TICHÁ, L., CIVÍNOVÁ, Z., MORYSKOVÁ, M., TRTÍKOVÁ, I., NĚMEČKOVÁ, L.: *Jak psát vysokoškolské závěrečné práce* [online]. Praha: Ústřední knihovna ČVUT, 2009 [cit. 2010-06-13]. Dostupný z www: <[http://altknihovna.cvut.cz/studium/vskp/jak\\_psat\\_vskp.pdf](http://altknihovna.cvut.cz/studium/vskp/jak_psat_vskp.pdf)>

## 10 Přílohy

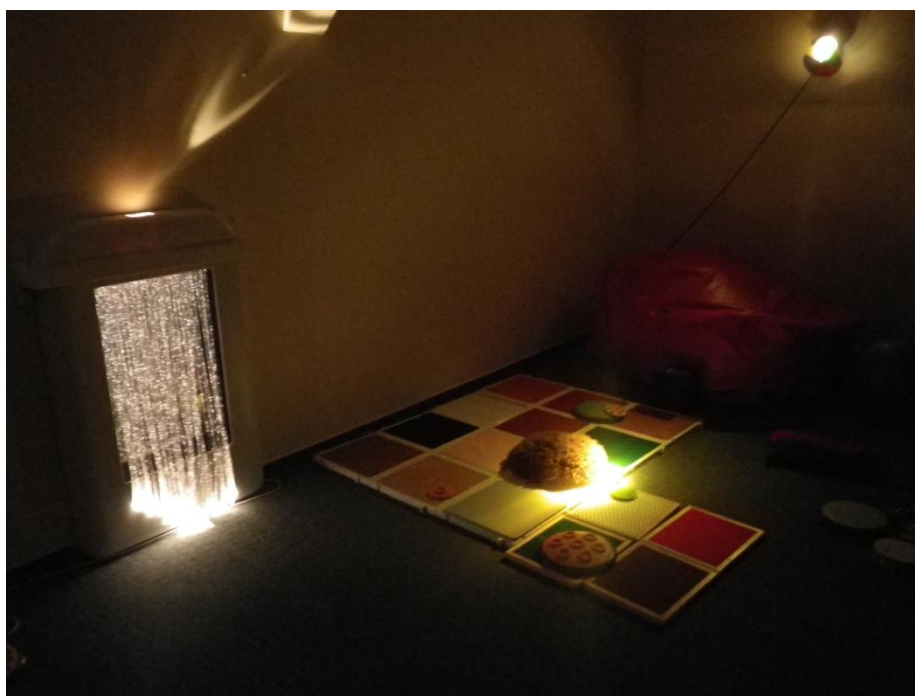
### Seznam příloh

Příloha č. 1.:	Fotografie terapeutické místnosti
	Fotografie využívaného instrumentáře
Příloha č. 2.:	Anamnézy klientů

## Příloha č. 1



obr. 1: terapeutická místnost



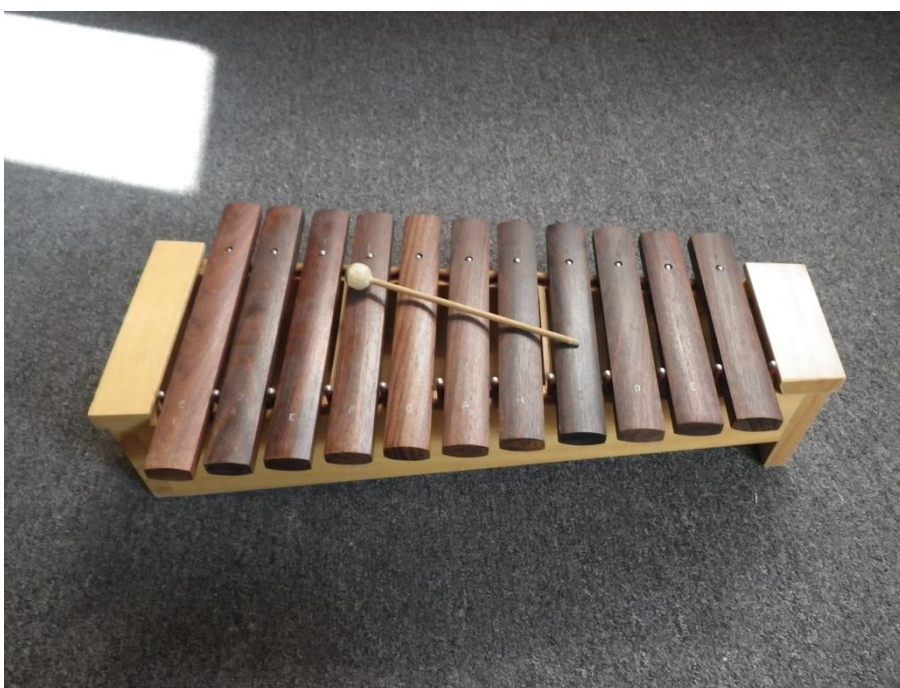
obr. 2: osvětlení při multisenzorické relaxaci







obr. 5: používané bicí nástroje



obr. 6: používaný xylofon

## Příloha č. 2

### ANAMNESA

#### *Nikola*

**Datum narození:** 7. 3. 1995

**Škola:** Praktická střední škola tříletá, Jedličkův ústav a školy

**Dg.:** DMO spastická diparesa  
kompenzovaný posthemoragický hydrocephalus  
kompenzovaná sekundární epilepsie  
myopia gravis

---

#### **RA:**

matka: Markéta, nar. 1974, administrativní pracovnice, zdráva

otec: Ivan, nar. 1969, OSVČ, zdrav

sourozenci: Jakub, nar. 2003, zdrav; Petra, nar. 2009, zdráva

Rodiče jsou manželé, žijí ve společné domácnosti. Nikola má průkazku zvláštních výhod ZTP/P, pobírá IV. stupeň příspěvku na péči.

---

#### **OA:**

Narozena z prvního těhotenství, porod ve 30. týdnu záhlavím. PH 950 g/ 35 cm. Kříšena, umístěna v inkubátoru cca 3 měsíce. Intraventrikulární krvácení, následně rozvoj hydrocephalu, epilepsie a DMO.

Sledována na neurologii, neurochirurgii, ortopedii, psychiatrii (pro deprese, doporučena změna antiepileptik), očním. Opakované RHB v Jánských lázních.

Osobnostně se jedná o společenskou komunikativní dívku, motivovanou pro školní práci. Má kvalitní vyjadřovací schopnosti, tichý projev. Jsou patrné výraznější obtíže vizuopercepční a vizuoprostorové. Píše LHK, písmo čitelné. Aktuální úroveň intelektových schopností v hraničním pásmu.

---

#### **Kompenzační pomůcky:**

mechanický vozík, francouzské berle

---

#### **Soběstačnost:**

Po místnosti se pohybuje samostatně podél nábytku, v ostatních případech užívá mechanický vozík. Potřebuje pomoci s úpravou vlasů a pohybem v exteriérech.

## ANAMNESA

*Tereza*

**Datum narození:** 2. 1. 1995

**Škola:** Obchodní střední škola dvouletá, Jedličkův ústav a školy

**Dg.:** DMO spastická hemiparesa  
Epilepsie  
Porucha krátkodobé paměti a pozornosti

---

### **RA:**

matka: Jaroslava, nar. 1970, v domácnosti, zdráva

otec: Pavel, nar. 1969, státní zaměstnanec, zdrav

sourozenci: Petr, nar. 1995, zdrav  
Karolína, nar. 2000, zdráva

Rodiče jsou manželé, žijí ve společné domácnosti. Tereza má průkazku zvláštních výhod ZTP/P, pobírá III. stupeň příspěvku na péči.

---

### **OA:**

Z první fyziologické gravidity jako dvojče A. Porod ve 41. týdnu, spontánně záhlavím. PH 2850g/46cm. Při porodu dechová tíseň, následně rozvoj DMO. Nemocnost malá, další poporodní adaptace dobrá. Kojena. V srpnu 2010 hospitalizace ve FN Motol pro protrahovaný EPI záchvat. Medikace. RHB pravidelná lázeňská léčba.

Tereza je velmi příjemná, vstřícná dívka. Administrovaná inteligenční zkouška poukazuje na kapacitu ve spodní hranici průměru. Nerovnoměrný profil schopností, hlavním limitem výkonnosti jsou poruchy paměti - zejm. deklarativní sluchové.

---

### **Kompenzační pomůcky:**

-----

---

### **Soběstačnost:**

Zcela samostatná a soběstačná.



## ANAMNESA

### *Matěj*

**Datum narození:** 28. 2. 1995

**Škola:** Praktická střední škola tříletá, Jedličkův ústav a školy

**Dg.:** DMO těžká kvadruspastická forma s pravostrannou převahou  
PM retardace, dyslalie  
kompenzovaná sekundární epilepsie  
Refrakční vada

---

#### **RA:**

matka: Veronika, nar. 1964, v domácnosti, zdráva

otec: Daniel, nar. 1968, OSVČ, zdrav

sourozenci: Jakub, nar. 1989, VŠ, zdrav

Rodiče jsou manželé, žijí ve společné domácnosti. Matěj má průkazku zvláštních výhod ZTP/P, pobírá IV. stupeň příspěvku na péči.

---

#### **OA:**

Z 5. gravidity, porod ve 43. týdnu. PH 3850g/52cm, RDS, UPV - bronchopneumonie, atelektáza. Nadále dispenzarizace neurologem pro spastickou kvadraparesu. Dále sledován ortopedem a očním lékařem. Dysartrie, vývoj mentálních schopností v hraničním pásmu. Nadměrná salivace. Při pobytu v Jánských lázních r. 2007 dostal epileptický záchvat, od té doby trvalá medikace. Červen 2006 účastník autonehody, operace contusio thoracis.

Grafomotorika postižena těžce, má naučen podpis. Píše na PC, čtení zvládá. Vědomostní složka je průměrná. Ztížená orientace v běžné realitě, reakce na sociální situaci je jen teoretická (omezené zkušenosti).

---

#### **Kompenzační pomůcky:**

elektrický vozík, zvedák

---

#### **Soběstačnost:**

Zcela závislý na pomoci druhé osoby ve všech činnostech.

## ANAMNESA

### *Kateřina*

**Datum narození:** 18. 8. 1986

**Škola:** Dívčí katolická střední škola, Praha

**Dg.:** DMO spastická kvadruparesa  
závažná skoliosa

---

#### **RA:**

matka: Lenka, nar. 1966, školnice v MŠ, zdráva

otec: Miroslav, nar. 1965, řidič ve věznici, zdrav

sourozenci: Lenka, nar. 1989, zdrav

Rodiče jsou manželé, žijí ve společné domácnosti. Kateřina má průkazku zvláštních výhod ZTP/P, pobírá IV. stupeň příspěvku na péči.

---

#### **OA:**

Narozena z rizikového těhotenství, krvácení, porod ve 31. týdnu. Po porodu kříšena, měsíc v inkubátoru. PH 1032g/42cm. Od porodu v péči neurologa. Pro opožděný psychomotorický vývoj pravidelná rehabilitace, Vojta, Bobath. Dg. DMO stanovena v jednom roce. Operace strabismu. Operace: 2001 - tenotomie adduktorů i m. iliopsoas 1. dx., tenotomie m. rectus femoris 1. utr.; 2002 - spondylodesa Th 6 - L - S1  
Aktuálně rozumové schopnosti v pásmu LMR. Kateřina je milá a komunikativní slečna.

---

#### **Kompenzační pomůcky:**

mechanický vozík, elektrický vozík

---

#### **Soběstačnost:**

Potřebuje dopomoc ve všech denních činnostech.

## ANAMNESA

*Michal*

**Datum narození:** 11. 12. 1992

**Škola:** Střední škola sociálně správní, Jedličkův ústav a školy

**Dg.:** DMO spastická diparesa  
polinosa

---

### **RA:**

matka: Petra, nar. 1974, dispečerka, zdráva

otec: neuveden

sourozenci: nemá

Michal žije v domácnosti pouze s matkou. Má průkazku zvláštních výhod ZTP/P, pobírá III. stupeň příspěvku na péči.

---

### **OA:**

Porod ve 33. týdnu, PH 1620g/41cm. Resuscitován, hyperbilirubinémie, FT, pobyt v inkubátoru s oxygenoterapií. Retinopatie.

Prodělal běžné respirační onemocnění, gastroenteritis acuta, apendectomie.

Sledován a léčen pro polinosu, užívá enterovakcínu. Opakovaně pobyt v lázních s intenzivní rehabilitací, 4x ortopedické operace.

Aktuální mentální schopnosti se ve verbální složce nacházejí ve středu pásma průměru.

Osobnostně velmi vstřícný, adaptabilní, sociabilní, lehce emočně nejistý, velmi dobře orientován v realitě.

---

### **Kompenzační pomůcky:**

mechanický vozík

---

### **Soběstačnost:**

Částečně samostatný, užívá mechanický vozík. Zvládá samostatně přesuny z vozíku a na vozík, potřebuje dopomoci s pohybem v exteriéru.